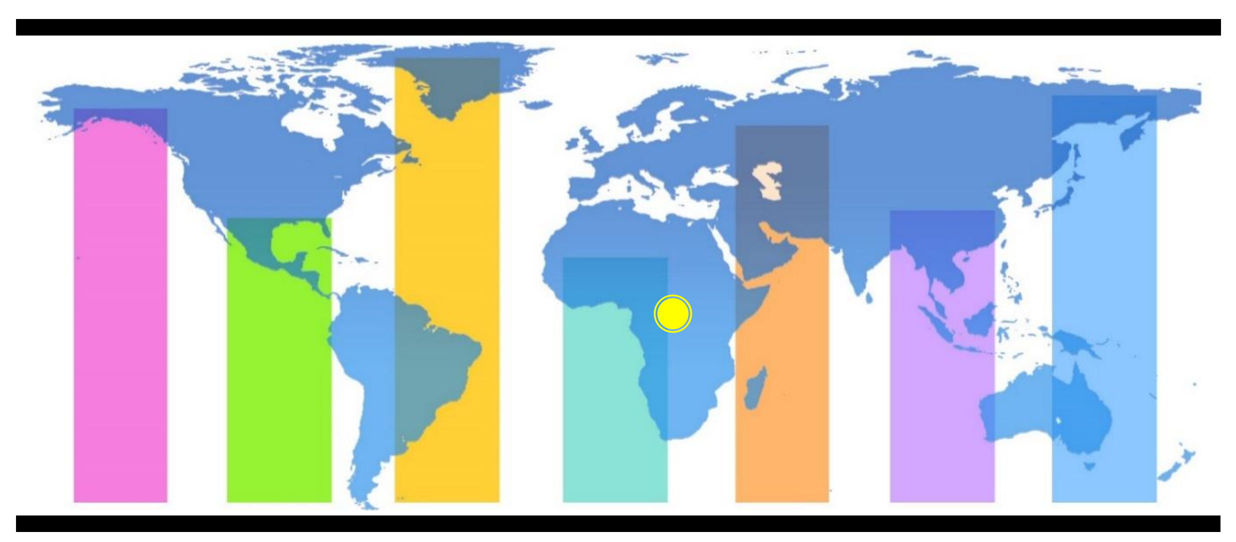
République Démocratique du Congo



Enquête Démographique et de Santé EDS-RDC III 2023–24

Rapport des indicateurs clés



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Enquête Démographique et de Santé EDS-RDC III 2023–24

Rapport des indicateurs clés

Institut National de la Statique et l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa
Kinshasa, République Démocratique du Congo

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

Juin 2024

















La troisième Enquête Démographique et de Santé (EDS) de la République Démocratique du Congo en 2023–24 (EDS-RDC III 2023–24) a été mise en œuvre par l'Institut National de la Statistique, avec l'appui de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa. Le financement de l'EDS-RDC III a été fourni par le Gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC), l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), la Banque mondiale, le Fonds mondial, le Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). ICF a fourni l'assistance technique par le biais du DHS Program, un projet financé par l'USAID qui fournit un support et une assistance technique pour la réalisation d'enquêtes dans les domaines de la population et de la santé dans de nombreux pays dans le monde.

Des informations supplémentaires sur l'EDS-RDC III peuvent être obtenues en s'adressant à l'Institut National de la Statistique, 6 rue Limete industriel, Kinshasa, en RDC ; téléphone : (+243) 991606220 ; email : dginsrdc@gmail.com ; internet : https ://ins-rdc.org/, ainsi qu'à l'École de Santé Publique de Kinshasa, Université de Kinshasa, téléphone : (+243) 817493194 ; email : espkin.secretariat@unikin.ac.cd ; internet : https ://espkinshasa.net.

Des informations sur DHS Program peuvent être obtenues en s'adressant à ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : +1-301-407-6500 ; fax : +1-301-407-6501 ; email : info@DHSprogram.com ; internet : www.DHSprogram.com.

Citation recommandée :

RDC-Institut National de la Statistique, École de Santé Publique de Kinshasa et ICF. 2024. *RDC, Enquête Démographique et de Santé 2023–24 : Rapport des indicateurs clés.* Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ICF.

TABLE DES MATIERES

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

BCG	Bacille Calmette-Guérin
CAPI	Computer-assisted personal interviewing
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositif intra-utérin
DTCoq	Diphtérie, tétanos, coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ET	Écart type
HepB	Hépatite B
Hib	*Haemophilus influenzae* type B
IRA	Infection respiratoire aiguë
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
IYCF	Infant and young child feeding
MAMA	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MIILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MJF	Méthode des jours fixes
MPNN	Mortalité post-néonatale
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANJE	Pratique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
SD	Standard deviation
SDG	Sustainable Development Goal
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SRO	Sel de réhydratation par voie orale
TBN	Taux brut de natalité
TFGA	Taux de fécondité générale par âge
UNFPA	United Nations Population Fund
UNTI	Unité nutritionnelle intensive
UPS	Unité primaire de sondage
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPI	Vaccin polio inactivé
VPO	Vaccin polio oral
ZD	Zone de dénombrement

AVANT-PROPOS

La République Démocratique du Congo (RDC) a organisé sa troisième Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC III) en 2023–24, soit dix ans après sa deuxième EDS qui a eu lieu en 2013–14. L'EDS-RDC III répond donc à un réel besoin en données pour actualiser les indicateurs et fournir d'autres informations utiles pour l'élaboration et l'évaluation des programmes.

L'EDS-RDC III a été réalisée grâce à la contribution de cinq partenaires : l'USAID, la Banque mondiale, le Fonds mondial, l'UNICEF, et l'UNFPA. Le Gouvernement congolais y a aussi apporté sa contribution financière, ce qui témoigne de l'intérêt qu'il attache à cette enquête.

Les travaux de l'EDS-RDC III ont réellement démarré en mars 2022 par la nomination et la mise en service des membres de l'équipe de gestion par un arrêté ministériel du Ministre d'État du Plan. Après plusieurs mois de travaux préparatoires (adaptation des instruments de collecte, recrutement puis formation des membres de l'équipe de gestion et du personnel de terrain, acquisition du matériel de collecte, etc.), la collecte des données s'est finalement déroulée du 9 octobre 2023 au 1er février 2024. En fait, elle s'est faite par séquences : d'abord dans les sept provinces du Pool de Kinshasa (du 6 octobre au 8 décembre 2023), puis dans les 19 autres provinces (du 20 novembre 2023 au 1er février 2024).

La collecte des données s'est correctement déroulée en dépit de certains incidents, comme l'atteste la qualité des données qui ont été recueillies. En effet, compte tenu du contexte, il a fallu relever de nombreux défis au nombre desquels : la coïncidence avec la période électorale, la saison des pluies rendant les routes difficilement praticables, l'insécurité et la guerre dans plusieurs provinces à l'ouest comme à l'est. L'enquête a couvert l'ensemble du territoire national et les données et analyses sont représentatives pour l'ensemble du pays.

CARTE DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



1 INTRODUCTION

La troisième Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC III) a été mise en œuvre par l'Institut National de la Statistique, avec l'appui de l'École de Santé Publique. La réalisation technique de l'enquête a été confiée à un comité de gestion composée d'un expert de la faculté de démographie de l'université de Kinshasa qui a assumé la coordination nationale, des experts de l'INS, l'ESPK, du ministère du Plan et du ministère de la Santé. La collecte des données a eu lieu du 6 octobre 2023 au 1er février 2024. ICF a fourni l'assistance technique par le biais du Programme Démographique et de Santé (DHS) qui est financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement (USAID) et qui fournit un support financier et technique aux pays dans le monde entier pour réaliser des enquêtes dans les domaines de la population et de la santé. En outre, la Banque mondiale, le Fonds mondial, l'USAID, l'UNICEF, l'UNFPA, et le Gouvernement de la RDC ont également contribué, sur le plan financier et technique, à la réalisation de cette enquête.

Ce rapport sur les indicateurs clés présente les résultats préliminaires de l'EDS-RDC III. Une analyse complète des données fera l'objet d'un rapport final en 2024.

OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'objectif principal de l'EDS-RDC III est de fournir des estimations actualisées des indicateurs démographiques et de santé de base. En outre, l'EDS-RDC III a collecté des données sur :

- Les caractéristiques des ménages et les services de base : eau, hygiène et assainissement, électricité ;
- La disponibilité et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) ;
- La mortalité maternelle et la mortalité infanto-juvénile ;
- Les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes et des hommes ;
- La santé maternelle, en particulier les soins prénatals et postnatals et les conditions d'accouchement ;
- La santé de l'enfant : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et des infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans ;
- Les pratiques nutritionnelles des enfants, y compris l'allaitement maternel ;
- La prévention et le traitement du paludisme ;
- La connaissance et les attitudes des femmes et des hommes au sujet des IST et du sida et les modifications récentes de comportement du point de vue des pratiques sexuelles et de l'utilisation du condom ;
- La teneur du sel en iode par le test rapide sur le terrain ;
- L'état nutritionnel des enfants de 0–59 mois et des femmes de 15–49 ans ;
- Les dépenses de santé des ménages ;
- Les violences basées sur le genre et les fistules ;
- Le travail des enfants ;
- Les maladies chroniques ;

- La prévalence de l'anémie chez les enfants de 0–59 mois et des femmes de 15–49 ans par le biais d'un test d'hémoglobine ;
- La prévalence du paludisme par le biais d'un test rapide sur le terrain chez les enfants de 6–59 mois ;
- La prévalence de marqueurs de la vaccination du tétanos et de la rougeole chez les enfants de 12–59 mois ;
- La prévalence du VIH chez les femmes de 15–49 ans et les hommes de 15–59 ans par le biais d'un test rapide et par un test au laboratoire ;
- La prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes de 15–49 ans et les hommes de 15–59 ans ;
- La prévalence du diabète chez les femmes de 15–49 ans et les hommes de 18–59 ans par le biais d'un test rapide.

Les informations collectées par l'EDS-RDC III sont destinées à éclairer les responsables et les gestionnaires de programmes pour concevoir des stratégies et des programmes d'évaluation dont le but est l'amélioration de la santé de la population de la République Démocratique du Congo. L'EDS-RDC III fournit aussi des indicateurs pertinents pour évaluer la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour la République Démocratique du Congo.

2 MISE EN OEUVRE DE L'ENQUÊTE

2.1 CONCEPTION DE L'ECHANTILLON

La base de sondage retenue pour l'EDS-III est la base du recensement général de la population réalisé en RDC en 1984. La version actuelle de cette base a été partiellement actualisée à plusieurs occasions par des recensements administratifs et récemment par l'élection présidentielle, avec les nombres d'habitants pour chaque unité primaire de sondage (UPS) nouvellement mise à jour. Chaque UPS comporte des informations sur la localisation et le type de résidence, c'est-à-dire le milieu urbain ou le milieu rural, et une mesure de la taille qui est la taille des populations projetées en 2022.

L'échantillon de l'EDS-III RDC est un échantillon stratifié, représentatif au niveau national et au niveau de chacune des 26 provinces. Afin d'obtenir des indicateurs fiables au niveau national, avec une représentation évidente au niveau provincial, chacune des 26 provinces a été considérée comme un domaine d'étude. Chaque domaine d'étude a été découpé en trois strates : la strate des villes statutaires, la strate des communes rurales et la strate du milieu rural. Pour la strate des villes statutaires, on a tiré au premier degré les quartiers comme unités primaires (UP), et au second degré les ménages dans les quartiers tirés au premier degré. Pour la strate du milieu rural, on a tiré au premier degré quelques secteurs/chefferies comme UP, puis au second degré on a tiré quelques groupements dans les secteurs/chefferies tirés au premier degré, et au troisième degré on a tiré les ménages dans les groupements tirés au second degré.

Au total, 780 grappes ont été sélectionnées, dont 224 sont situées dans le milieu urbain et 556 dans le milieu rural. Avec 34 ménages à enquêter par grappe, le nombre de ménages à sélectionner était de 26 520.

Toutes les femmes âgées de 15–49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés ou présentes la nuit précédant l'interview, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15–59 ans étaient éligibles pour être enquêtés. Dans ce sous-échantillon, tous les enfants de moins de 5 ans, toutes les femmes de 15–49 ans et les hommes de 15–59 ans étaient éligibles pour les tests de biomarqueurs tel que décrits dans la section correspondante.

Une opération de dénombrement des ménages a été faite dans chaque UPS sélectionnée au premier degré dans le milieu urbain, et chaque USS sélectionnée au second degré dans le milieu rural avant la collecte des données. Elle a permis d'obtenir une liste complète de ménages résidant dans la grappe qui a ensuite servi de base pour la sélection des ménages au deuxième/troisième degré. À cause des problèmes sécuritaires, deux grappes n'ont pas été dénombrées. Les 778 grappes dénombrées ont été envoyées au bureau central de l'enquête pour procéder au tirage de l'échantillon.

2.2 QUESTIONNAIRES

Quatre questionnaires ont été utilisés pour l'EDS-RDC III : le Questionnaire Ménage, le Questionnaire Femme, le Questionnaire Homme et le Questionnaire Biomarqueur. Les questionnaires, basés sur les questionnaires standard des Enquêtes Démographiques et de Santé du DHS Program, ont été adaptés pour tenir compte des problèmes pertinents en matière de population et de santé, qui se posent en République Démocratique du Congo. En outre, les agents de terrain ont rempli un questionnaire auto-administré.

Le Questionnaire Ménage vise à recueillir des renseignements sur les caractéristiques générales de la population et des ménages, ainsi que pour identifier les femmes, les hommes et les enfants éligibles qui seront enquêtés au moyen de leurs questionnaires respectifs.

Le Questionnaire individuel Femmes permet de recueillir des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée (section 1), la reproduction (section 2), la contraception (section 3), la grossesse et les soins postnatals (section 4), la vaccination des enfants (section 5), la santé de l'enfant et l'état nutritionnel (section 6), le mariage et l'activité sexuelle (section 7), les préférences en matière de

fécondité (section 8), les caractéristiques du mari et travail de la femme (section 9), le VIH sida (section 10), les autres problèmes de santé (section 11), les maladies chroniques non transmissibles (section 11B), la fistule (section 12), la mortalité adulte et la mortalité maternelle (section 13) et la violence domestique (section 14).

Le Questionnaire Homme permet de recueillir les renseignements sur les caractéristiques sociodémographique des enquêtés (section 1), la reproduction (section 2), la contraception (section 3), le mariage et l'activité sexuelle (section 4), les préférences en matière de fécondité (section 5), l'emploi et le genre (section 6), le VIH/sida (section 7), les autres problèmes de santé (section 8) et les maladies chroniques non transmissibles (section 9).

Le Questionnaire Biométrique permet de prendre des mesures anthropométriques, mesurer la tension artérielle, prélever le sang capillaire, mesurer le taux d'hémoglobine, faire le test du paludisme, mesurer l'hémoglobine glyquée, faire le test rapide du VIH et préparer les gouttes de sang séchées (DBS).

L'objectif du questionnaire de l'agent de terrain est de collecter des informations de base sur les personnes qui sont chargées de la collecte des données, ce qui inclut les enquêtrices (3), l'enquêteur (1), le chef d'équipe, la superviseure CAPI, les techniciens Biomarqueurs (2).

Le projet EDS-RDC III ainsi que tous les documents méthodologiques, y compris les questionnaires, ont été soumis à l'approbation du Comité d'Éthique de l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa. Le comité a autorisé l'enquête par son numéro d'approbation ESP/CE/145/2022 du 2 décembre 2022.

2.3 MESURES ANTHROPOMETRIQUES ET TEST D'HEMOGLOBINE ET AUTRES BIOMARQUEURS MESURES

Au cours de l'EDS-RDC III, 2023–24, les informations suivantes sur les biomarqueurs ont été collectées : l'anthropométrie (poids et taille), la tension artérielle, le test de l'hémoglobine (test d'anémie), de l'hémoglobine glyquée (test de diabète), le test du paludisme, test d'anticorps vaccinaux (tétanos et rougeole) et le test du VIH. Cette collecte s'est effectuée dans les ménages sélectionnés pour l'enquête homme (17 ménages par grappe). Les cibles étaient les enfants de 0 à 4 ans, les femmes de 15 à 49 ans et les hommes de 15 à 59 ans.

Anthropométrie. Les mesures des paramètres anthropométriques ont été effectuées chez toutes les cibles susmentionnées. Les mesures de poids ont été prises à l'aide de balances SECA à affichage numérique (Modèle SECA 874). La taille et la longueur ont été mesurées avec une toise ShorrBoard©. Les enfants de moins de 24 mois ont été mesurés allongés (longueur), tandis que les enfants plus âgés et les adultes ont été mesurés debout (taille).

Pour évaluer la précision des mesures, un à deux enfants par grappe ont été sélectionnés au hasard pour être mesurés une seconde fois. Le programme DHS définit une différence de moins de 1 centimètre entre les deux mesures de taille comme un niveau de précision acceptable. Les enfants avec un *z* score inférieur à -3 ou supérieur à 3 pour la taille-pour-âge, le poids-pour-taille ou le poids-pour-âge ont été signalés et mesurés une deuxième fois. La remesure des cas signalés a été effectuée pour garantir un rapport précis de la taille. Les enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère (un *z* score inférieur à -3 pour le poids-pour-taille) ont été référés dans les unités nutritionnelles intensives (UNTI).

Anémie. Des échantillons de sang pour les tests d'anémie ont été prélevés sur les femmes âgées de 15–49 ans qui ont consenti à être testées. Des échantillons de sang ont également été prélevés sur les enfants âgés de 6–59 mois dont les parents ou tuteurs avaient donné leur consentement au test. Des échantillons de sang ont été prélevés à partir d'une goutte de sang obtenue par piqûre au doigt (ou au talon dans le cas des enfants de 6–11 mois) et recueillis dans une microcuvette. L'analyse de l'hémoglobine a été effectuée sur place à l'aide d'un appareil portable à piles HemoCue ® 201+. Les résultats ont été communiqués verbalement et par écrit aux personnes testées. Les parents ou tuteurs d'enfants dont le taux d'hémoglobine

était inférieur à 8 g/dl ont été référés et ont reçu l'instruction d'emmener l'enfant dans un établissement de santé pour des soins de suivi. De même, les adultes étaient référés pour une prise en charge médicale si leur taux d'hémoglobine était inférieur à 8 g/dl.

Paludisme. Des échantillons de sang pour les tests de paludisme ont été prélevés sur les enfants âgés de 6 à 59 mois dont les parents ou tuteurs avaient donné leur consentement au test. Ces échantillons de sang ont été prélevés à partir d'une goutte de sang obtenue par piqûre au doigt (ou au talon dans le cas des enfants de 6 à 11 mois) et recueillis dans une coupelle. Le test de paludisme a été effectué sur place à l'aide d'un test de diagnostic rapide (TDR) SD Bioline P f/Pan. Les résultats ont été communiqués verbalement et, par écrit, aux parents ou tuteurs des enfants testés. Un traitement antipaludique (artésunate-amodiaquine) a été administré sur le terrain, après consentement verbal des parents ou tuteurs, aux enfants avec un résultat de TDR paludisme positif qui n'avaient pas reçu un traitement antipaludique (combinaison thérapeutique à base d'artémisinine) dans les deux semaines précédant l'enquête et qui n'avaient pas de signes de gravité. Les enfants ayant un paludisme positif au plasmodium falciparum et qui avaient des signes de gravité ont été transférés dans un établissement de soins pour prise en charge.

Tension artérielle. La tension artérielle a été mesurée sur les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes de 15 à 59 ans, qui ont consenti à être mesurés. Trois mesures de la tension artérielle ont été effectuées avec un tensiomètre électronique de marque Omron. La moyenne des deuxièmes et troisièmes mesures a été utilisée pour classer le répondant en ce qui concerne l'hypertension, selon les catégories recommandées au niveau international (OMS 1999). Les résultats ont été communiqués verbalement et, par écrit, aux personnes ayant participé à la mesure. Les personnes ayant une pression systolique supérieure à 160 mm Hg et/ou une pression diastolique supérieure à 100 mm Hg, ont été référées dans un établissement de soins pour prise en charge.

Hyperglycémie. Des échantillons de sang pour les tests d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ont été prélevés sur les femmes âgées de 15 à 49 ans et sur les hommes âgés de 15 à 59 ans qui ont consenti à être testés. Ces échantillons de sang ont été prélevés à partir d'une goutte de sang obtenue par piqûre au doigt et recueillis dans un collecteur de sang A1cNow+. Le test d'hémoglobine glyquée a été effectué à l'aide d'un analyseur A1cNow+. Les résultats ont été communiqués verbalement et par écrit aux personnes testées. Ces personnes étaient immédiatement référées vers un établissement de soins si leur taux d'hémoglobine glyquée était supérieur à 6,5 %.

Sérologie. Des échantillons de sang pour le TDR VIH ont été prélevés sur les femmes âgées de 15 à 49 ans et sur les hommes âgés de 15 à 59 ans, qui ont consenti à être testés. Ces échantillons de sang ont été prélevés à partir d'une goutte de sang obtenue par piqûre au doigt et recueillis dans un tube capillaire EDTQ. Le TDR VIH a été effectué sur place selon l'algorithme national, en utilisant trois tests : Détermine VIH ½ Ag/Ab (1er test), Start Pak VIH ½ (2e test) et Uni-Gold VIH ½ (3e test). Les résultats ont été immédiatement communiqués verbalement aux personnes testées. Les personnes avec des résultats indéterminés ont été référées dans un centre de dépistage volontaire pour être retestées après 14 jours. Celles avec un résultat positif ont été référées vers un service de traitement antirétroviral.

Goutte de sang séché. Des échantillons de sang ont été collectés sur papier buvard auprès des femmes de 15–49 ans et des hommes de 15–59 ans, et transférés au laboratoire national de référence du Programme National de Lutte contre le VIH/sida (PNLS) pour analyse afin de déterminer la prévalence du VIH dans le pays. Des gouttes de sang séché sur papier buvard ont été aussi collectées auprès des enfants de 12–59 mois et transférées à l'Institut national de recherche biomédicale (INRB) pour analyse afin de déterminer le niveau d'anticorps anti tétanos et anti rougeole dans le corps des enfants.

2.4 FORMATION DES FORMATEURS ET PRETEST

La formation des formateurs a été réalisée en deux temps. Tous les formateurs ont été d'abord formés comme des agents de terrain pendant le prétest. Après le prétest, les meilleurs d'entre eux ont été sélectionnés et ont suivi une formation sur les techniques d'apprentissage des adultes. Ils ont ensuite

pratiqué la formation sur un groupe de personnes qui ne connaissaient pas l'enquête. Après la pratique, les meilleurs d'entre eux ont été sélectionnés pour être des formateurs.

La formation du prétest a consisté à passer en revue le manuel de l'enquêteur, à effectuer des jeux de rôles, et à leur faire passer des quiz pour les évaluer. Les agents biomarqueurs quant à eux ont été formés séparément sur les biomarqueurs. Les enquêteurs ainsi que les agents biomarqueurs formés ont, dans un deuxième temps, effectué le prétest comme partie pratique de leur formation mais aussi pour prétester la qualité des outils de collecte (questionnaires et manuels de l'enquêteur), l'accueil des enquêteurs dans les ménages, le déroulement de l'enquête, la durée de la collecte, les difficultés rencontrées qui nécessitaient la révision de tel ou tel autre aspect. Le prétest a été réalisé du 17 novembre au 7 décembre 2022.

2.5 FORMATION DU PERSONNEL DE TERRAIN

À cause de la superficie de la RDC, il n'a pas été possible d'assurer une formation centrale de tous les agents de terrain du pays. La formation du personnel de terrain s'est donc faite en deux temps. Les enquêteurs des six provinces proches de Kinshasa (Kasaï, Kwango, Kwilu, Kongo central, Mai-Ndombe, et Sankuru) ont été formés à Kinshasa avec ceux de Kinshasa. Cette formation s'est déroulée en présence de toute l'équipe de gestion et ICF. Cette étape a joué le rôle de formation continue des agents formateurs et leur a permis de parfaire leur maitrise des outils de l'enquête et leur habilité à former d'autres personnes. Cette formation a eu lieu du 19 avril au 13 mai 2023. Au total, 192 personnes ont été formées dont 42 agents biomarqueurs.

La formation du personnel de terrain dans les 19 autres provinces a été effectuée en regroupant les candidats enquêteurs en provenance des provinces dans six sites selon la proximité géographique : Lubumbashi, Mbuji-Mayi, Goma, Kisangani, Gemena et Mbandaka. Chaque site regroupe entre deux et quatre provinces. Cette formation a été assurée par les formateurs formés à Kinshasa et qui ont déjà eu à assurer la formation des enquêteurs du pool de Kinshasa. Les agents formateurs ont été regroupés en groupe de 3 à 6 selon le nombre de personnes à former et le nombre de classes. La formation a eu lieu du 11 octobre au 20 novembre 2023. Le nombre de personnel de terrain formé était de 536, dont 141 agents biomarqueurs.

Les agents biomarqueurs devaient être des infirmières/infirmiers, des techniciens de laboratoire ou des médecins ; ils devaient donc avoir absolument une formation dans le domaine médical ou de la santé.

Les techniciens biomarqueurs ont été formés pour mesurer la taille et le poids des enfants et des adultes. La formation sur les mesures du poids et de la taille de l'enfant a inclus des exercices de standardisation et des exercices de re-standardisation pour ceux qui n'ont pas réussi le test de standardisation.

2.6 COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été effectuée après la formation et la remise à niveau des enquêteurs. La remise à niveau a été nécessaire étant donné que les enquêteurs n'ont pas été déployés aussitôt après leur formation à cause du retard dans la livraison des intrants dont nous attendions encore le dédouanement. La collecte des données s'est effectuée du 9 octobre au 7 décembre 2023 dans les sept premières provinces ; dans les 19 autres provinces, l'enquête a eu lieu du 22 novembre au 31 janvier 2024.

Des activités de sensibilisation de la population ont été organisées avant et pendant la collecte des données pour préparer la population à participer à l'enquête.

2.7 TRAITEMENT DES DONNÉES

La collecte des données a été faite sur des tablettes avec système Android. Le système Android a déjà mis en place des mesures de sécurité pour protéger les données, minimiser les risques des logiciels malveillants et permettre de contrôler les paramètres de confidentialité. En effet, le système Android (1) intègre une

protection permanente contre les nouvelles menaces grâce à l'intelligence avancée ; (2) protège les données contre les applications douteuses, les logiciels malveillants, l'hameçonnage et le spam.

Le traitement des données s'est fait en plusieurs étapes. Tout d'abord, il a fallu procéder aux éditions secondaires pour vérifier et corriger les incohérences plus complexes constatées dans les données. Ensuite il a été procédé à la vérification de la structure des données pour vérifier l'exactitude de la structure du fichier des données, vérifier si tous les ménages de l'échantillon sont présents dans les données finales, si tous les individus sont correctement liés aux ménages auxquels ils appartiennent, s'il n'y a pas d'enregistrements manquants ou supplémentaires. On a ensuite procédé à la codification de toutes les réponses « autres » et des questions ouvertes, suivi par l'étape de la conversion des données du fichier CSPro au fichier SPSS, l'adaptation du plan de tabulation, la fusion des fichiers des données pour répondre au nouveau plan de tabulation, la création de nouvelles variables pour faciliter l'analyse, l'ajout des poids de l'échantillon pour obtenir des fichiers de données pondérées, le calcul et l'ajout de l'indice de bien-être économique, la production des tableaux statistiques, l'adaptation du programme et le lancement du programme de calcul des erreurs pour produire des tableaux d'erreurs de l'échantillon.

3 RÉSULTATS CLÉS

3.1 TAUX DE RÉPONSE

Le **Tableau 1** décrit l'échantillon de l'EDS-RDC III 2023–24. Un total de 26 452 ménages ont été sélectionnés dans l'échantillon de l'EDS-RDC III 2023–24, parmi lesquels 26 380 étaient occupés. Dans ces ménages occupés, 26 347 ont été enquêtés avec succès, donnant un taux de réponse de 99,9 %. Dans les ménages interviewés, 27 846 femmes de 15–49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'interview individuelle. Les interviews ont été complétées pour 27 583 femmes, ce qui a permis d'obtenir un taux de réponse de 99,1 %. Dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes, 12 843 hommes de 15–59 ans ont été identifiés comme étant éligibles pour l'interview individuelle et 12 681 ont été enquêtés avec succès, ce qui a permis d'obtenir un taux de réponse de 98,7 %.

Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence (non pondéré), République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Résidence		
Résultat	Urbain	Rural	Ensemble
Interviews ménages			
Ménages sélectionnés	7 616	18 836	26 452
Ménages occupés	7 584	18 796	26 380
Ménages interviewés	7 579	18 768	26 347
Taux de réponse des ménages[1]	99,9	99,9	99,9
Interviews des femmes de 15–49 ans			
Effectif de femmes éligibles	9 253	18 593	27 846
Effectif de femmes éligibles interviewées	9 146	18 437	27 583
Taux de réponse des femmes éligibles[2]	98,8	99,2	99,1
Interviews ménages dans le sous-échantillon			
Ménages sélectionnés	3 808	9 418	13 226
Ménages occupés	3 793	9 400	13 193
Ménages interviewés	3 789	9 387	13 176
Taux de réponse des ménages dans le sous-échantillon[1]	99,9	99,9	99,9
Interviews des hommes de 15–59 ans			
Effectif d'hommes éligibles	3 990	8 853	12 843
Effectif d'hommes éligibles interviewés	3 901	8 780	12 681
Taux de réponse des hommes éligibles[2]	97,8	99,2	98,7

[1] Ménages enquêtés/ménages occupés
[2] Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES ENQUÊTÉS

Le **Tableau 2** présente, par caractéristiques sociodémographiques, les effectifs pondérés et non pondérés et les répartitions en pourcentage des femmes et des hommes interviewés au cours de l'EDS-RDC III 2023–24. Les résultats présentés dans ce rapport sont basés sur les données pondérées et ils sont donc représentatifs pour le pays dans son ensemble, pour les milieux urbain et rural et pour chacune des provinces.

- Un peu plus de sept femmes sur dix (72%) et près de sept hommes sur dix (69%) sont âgés de 15–35 ans ; environ un quart sont des adolescents de 15–19 ans (24 % des femmes et 27 % des hommes).
- La majorité des femmes et d'hommes enquêtés ont déclarés être en bonne santé.
- En RDC, la grande majorité des femmes et des hommes sont des chrétiens, catholiques ou protestants, ou ils appartiennent à des Églises non affiliées à une dénomination.

- Près de la moitié des hommes sont des célibataires, une femme sur cinq vit dans une union libre.
- Près de six femmes sur dix et un peu plus de six hommes sur dix vivent en milieu rural ; plus de la moitié des femmes et près de sept hommes sur dix ont atteint le niveau secondaire ; seulement 7 % des femmes et 11 % des hommes ont atteint le niveau supérieur. La proportion de femmes sans instruction est plus de trois fois plus élevée que celle des hommes (15 % par rapport à 4 %).

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15–49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Femme			Homme		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15–19	24,1	6 646	6 737	26,6	3 020	2 970
20–24	20,2	5 563	5 509	17,5	1 986	2 031
25–29	14,9	4 116	3 969	13,5	1 525	1 424
30–34	12,9	3 545	3 499	11,0	1 245	1 325
35–39	12,5	3 448	3 390	13,0	1 472	1 496
40–44	8,6	2 365	2 492	10,6	1 206	1 120
45–49	6,9	1 899	1 987	7,8	885	899
État de santé autodéclaré						
Très bon	21,1	5 830	5 220	26,2	2 974	2 569
Bon	48,0	13 230	13 104	45,8	5 193	5 186
Moyen	22,8	6 294	6 623	21,2	2 408	2 584
Mauvais	7,4	2 029	2 403	6,4	726	869
Très mauvais	0,7	200	233	0,3	39	57
Religion						
Catholique	23,7	6 539	6 780	25,8	2 923	2 903
Protestante	27,4	7 544	8 311	26,7	3 024	3 210
Eglise non dénominationelle	39,1	10 787	9 924	33,2	3 768	3 546
Autre religion	5,8	1 608	1 550	6,8	766	752
Animisme/religion traditionnelle	3,0	818	699	2,5	285	314
Sans religion	1,0	272	287	3,5	394	377
Autre	0,1	15	32	1,6	180	163
État matrimonial						
Célibataire	34,1	9 418	8 061	47,2	5 349	4 898
Marié	36,4	10 036	11 074	40,0	4 540	4 789
Vivant ensemble	20,5	5 646	5 864	9,6	1 085	1 231
Divorcé/séparé	6,9	1 914	1 981	2,9	326	301
Veuf	2,1	568	603	0,3	39	46
Résidence						
Urbain	41,4	11 406	9 146	38,8	4 398	3 514
Rural	58,6	16 177	18 437	61,2	6 941	7 751
Province						
Bas-Uele	1,1	309	744	1,2	139	309
Equateur	3,2	892	1 035	3,9	445	486
Haut-Katanga	5,9	1 635	1 170	5,8	658	432
Haut Lomami	2,9	796	1 236	3,0	345	526
Haut Uele	2,2	615	753	1,9	219	272
Ituri	4,7	1 291	1 326	5,1	578	549
Kasaï	3,6	1 002	1 141	4,2	481	527
Kasaï Central	3,8	1 039	1 273	3,6	405	507
Kasaï Oriental	3,2	871	1 010	2,8	322	370
Kinshasa	16,1	4 431	1 544	14,8	1 676	520
Kongo Central	6,2	1 719	1 001	5,4	614	354
Kwango	2,7	740	908	2,5	284	348
Kwilu	6,1	1 676	1 168	6,2	709	460
Lomami	2,6	715	1 006	2,7	310	415
Lualaba	3,6	1 001	1 003	4,3	484	448
Mai-Ndombe	1,6	441	780	2,1	235	378
Maniema	2,7	758	978	3,2	364	440
Mongala	1,8	496	1 001	2,1	240	465
Nord-Kivu	8,0	2 219	1 331	7,2	817	500
Nord Ubangi	1,2	339	886	1,4	156	408
Sankuru	1,4	381	765	1,4	155	295
Sud-Kivu	6,8	1 871	1 360	6,0	677	487
Sud Ubangi	2,8	769	1 343	2,7	302	505
Tanganyika	2,3	634	1 017	2,5	287	437
Tshopo	1,6	442	942	2,0	231	474
Tshuapa	1,8	502	862	1,8	207	353

À suivre…

Tableau 2—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Niveau d'instruction						
Aucun	14,7	4 067	4 856	4,0	451	510
Primaire	23,5	6 488	7 995	15,8	1 791	2 118
Secondaire	55,1	15 199	13 705	69,3	7 861	7 846
Supérieur	6,6	1 828	1 027	10,9	1 237	791
Quintiles de bien-être économique						
Le plus bas	18,0	4 978	6 992	17,2	1 945	2 642
Second	18,3	5 057	6 423	19,5	2 207	2 774
Moyen	18,8	5 175	5 859	20,8	2 361	2 651
Quatrième	20,7	5 706	4 737	19,5	2 215	1 875
Le plus élevé	24,2	6 667	3 572	23,0	2 611	1 323
Ensemble 15–49	100,0	27 583	27 583	100,0	11 339	11 265
50–59	na	na	na	na	1 342	1 416
Ensemble 15–59	na	na	na	na	12 681	12 681

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il ait été achevé ou non.
na = non applicable

3.3 FÉCONDITÉ

Le **Tableau 3** présente l'indice de fécondité (ISF) et les taux de fécondité spécifiques par âge des femmes par groupe d'âges quinquennal pour les trois années ayant précédé l'enquête.

Indice synthétique de fécondité
Nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme en fin de vie reproductive si elle avait des enfants aux taux de fécondité actuels par âge. Les taux de fécondité spécifiques par âge sont calculés pour la période des 3 années qui précèdent l'enquête, basés sur l'historique des naissances fourni par les femmes.
Échantillon : Femmes de 15–49 ans

- Si les conditions de fécondité demeuraient inchangées, une femme en RDC aurait, en moyenne, 5,5 enfants au cours de sa vie ;
- La fécondité, faible parmi les adolescentes (91 naissances pour 1 000 femmes de 15–19 ans), atteint un maximum de 246 naissances pour 1 000 parmi les femmes de 25–29 ans, puis diminue au-delà de cet âge.

Tableau 3 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité, Taux Global de Fécondité Générale et Taux Brut de Natalité pour la période des 3 années ayant précédé l'enquête, par milieu de résidence, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

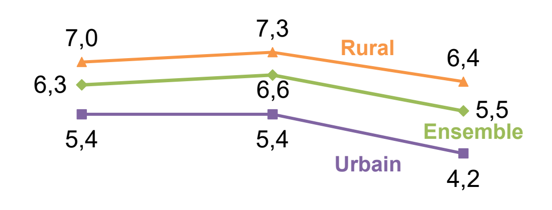
Groupe d'âges	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
10–14	[0]	[2]	[1]
15–19	55	118	91
20–24	161	292	236
25–29	203	277	246
30–34	202	254	233
35–39	146	205	184
40–44	49	106	84
45–49	15	21	19
ISF (15–49)	4,2	6,4	5,5
TGFG	134	213	181
TBN	30,4	38,6	35,7

Notes : Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux entre parenthèses sont tronqués. Les taux correspondent à la période 1–36 mois précédant l'enquête. Les taux pour le groupe d'âges 10–14 ans sont basés sur des données rétrospectives provenant des femmes âgées de 15–17 ans.
ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme
TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15–44 ans
TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

Tendances : La comparaison des résultats des différentes EDS réalisées en RDC depuis 2007 met en évidence une baisse du niveau de la fécondité, surtout entre 2013 et 2024. Durant les 15 dernières années, La baisse de la fécondité a concerné les milieux de résidence tant urbain que rural (**Graphique 1**).

Graphique 1 **Tendance de la fécondité par milieu de résidence**

ISF des 3 années ayant précédé chaque enquête



3.4 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Grossesse chez les adolescentes
Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà été enceintes.
Échantillon : Femmes de 15–19 ans

Le **Tableau 4** présente les données sur les femmes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante, sur les grossesses improductives, les femmes qui sont actuellement enceintes et les femmes ayant déjà été enceintes selon certaines caractéristiques (l'âge, la résidence, la province, et le niveau d'instruction.

Les résultats montrent que :

- Environ une adolescente de 15–19 ans sur cinq a déjà été enceinte ; parmi lesquelles, 33 % de femmes sans niveau d'instruction ;

- Quinze pour cent d'adolescentes ont déjà eu une naissance vivante ;
- Parmi les adolescentes ayant atteint le niveau supérieur, les pourcentages de celles ayant déjà eu une naissance vivante ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête sont extrêmement faibles.

Note : Bien que les données sur les grossesses parmi les adolescentes aient été collectées au cours des phases précédentes des enquêtes DHS, l'indicateur a changé et il n'est plus possible de présenter les tendances de la fécondité des adolescentes.

Tableau 4 Fécondité des adolescentes

Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante, pourcentage ayant déjà eu une grossesse improductive, pourcentage qui sont actuellement enceintes et pourcentage ayant déjà été enceintes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui :				
Caractéristique sociodémographique	Ont déjà eu une naissance vivante	Ont déjà eu une grossesse improductive[1]	Sont actuellement enceintes	Ont déjà été enceintes	Effectif de femmes
Âge					
15	0,9	0,4	0,8	2,1	1 449
16	5,4	0,8	3,7	9,5	1 247
17	9,5	1,8	4,7	15,2	1 374
18	23,8	3,1	7,3	30,0	1 457
19	38,6	6,1	11,3	47,2	1 119
Résidence					
Urbain	8,8	1,9	3,5	12,8	2 919
Rural	19,7	2,7	6,8	25,4	3 728
Province					
Bas-Uele	30,0	0,7	9,2	35,7	64
Equateur	14,8	5,6	5,2	22,2	232
Haut-Katanga	20,0	2,3	7,2	26,8	410
Haut Lomami	20,2	3,0	9,8	27,1	216
Haut Uele	18,2	3,0	13,9	28,7	194
Ituri	18,0	3,4	7,5	25,7	356
Kasaï	12,7	1,9	5,2	18,7	270
Kasaï Central	12,9	1,3	6,5	17,9	288
Kasaï Oriental	9,8	1,9	9,8	17,2	240
Kinshasa	7,4	2,4	0,4	9,2	996
Kongo Central	14,7	1,6	2,4	18,6	348
Kwango	14,9	1,4	4,3	19,6	147
Kwilu	8,1	0,7	1,8	9,6	350
Lomami	7,7	0,8	3,1	10,4	163
Lualaba	21,8	3,5	11,4	29,4	213
Mai-Ndombe	19,5	1,5	5,0	25,0	88
Maniema	36,2	6,3	10,7	44,6	169
Mongala	19,3	3,7	8,8	28,8	116
Nord-Kivu	18,5	0,8	5,3	22,7	587
Nord Ubangi	21,3	1,6	10,0	29,1	76
Sankuru	24,7	4,2	7,3	31,7	63
Sud-Kivu	6,1	1,7	1,9	8,0	518
Sud Ubangi	18,1	3,1	7,0	23,6	188
Tanganyika	26,4	2,0	4,4	29,7	141
Tshopo	17,2	0,9	6,6	23,2	95
Tshuapa	18,4	7,4	9,5	29,5	117
Niveau d'instruction					
Aucun	26,2	2,0	9,1	32,8	391
Primaire	20,9	3,3	8,3	27,3	1 297
Secondaire	12,7	2,1	4,4	17,3	4 856
Supérieur	0,0	0,2	0,0	0,2	101
Quintiles de bien-être économique					
Le plus bas	20,1	2,3	7,3	25,3	1 069
Second	20,9	3,0	7,8	27,8	1 165
Moyen	17,2	2,8	6,4	23,8	1 252
Quatrième	14,4	2,3	4,7	19,1	1 527
Le plus élevé	5,8	1,5	2,1	8,4	1 633
Ensemble	14,9	2,3	5,4	19,9	6 646

[1] Grossesse n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant. Inclut les mort-nés, les fausses-couches ou les avortements.

3.5 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Désir d'avoir un autre enfant

On a demandé aux femmes si elles souhaitaient plus d'enfants et, si oui, combien de temps elles voulaient attendre avant la naissance du prochain enfant. On considère que les femmes qui sont stérilisées ne veulent plus d'enfants.

Échantillon : les femmes de 15–49 ans actuellement en union

Le **Tableau 5** présente les préférences en matière de fécondité parmi les femmes de 15–49 ans actuellement en union par nombre d'enfants vivants.

- En RDC, 20 % de femmes souhaitent un enfant bientôt (dans les 2 prochaines années), parmi lesquelles deux tiers des femmes qui n'ont pas d'enfants ;
- Quarante pour cent des femmes veulent avoir un autre enfant plus tard (dans les 2 ans ou plus) ;
- Un quart des femmes ne veulent plus d'enfants. Parmi les femmes qui ont 6 enfants ou plus, seulement la moitié d'entre elles ne veulent plus avoir d'enfant.

Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Nombre d'enfants vivants[1]							
Désir d'enfants	0	1	2	3	4	5	6+	Ensemble
Veut un autre bientôt[2]	67,8	27,9	22,7	19,0	16,1	13,9	9,4	19,5
Veut un autre plus tard[3]	10,7	57,2	55,9	50,2	38,6	34,4	21,5	40,1
Veut un autre, NSP quand	1,7	2,5	3,0	1,2	2,1	0,7	0,9	1,7
Indécise	7,5	5,1	6,1	7,3	7,1	8,3	7,2	6,9
Ne veut plus d'enfant	2,4	4,2	9,3	16,5	28,6	34,3	51,1	25,2
Stérilisé[4]	0,2	0,4	0,7	0,5	2,1	1,0	1,7	1,1
S'est déclarée stérile	9,7	2,7	2,2	5,1	5,4	7,3	8,1	5,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	641	2 086	2 613	2 507	2 244	1 812	3 779	15 683

[1] Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle de la femme.
[2] Veut une autre naissance dans les 2 ans
[3] Veut espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus
[4] Y compris la stérilisation féminine et masculine

3.6 PLANIFICATION FAMILIALE

3.6.1 Prévalence contraceptive

Prévalence contraceptive

Pourcentage de femmes qui utilisent une méthode contraceptive.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans actuellement en union et femmes de 15–49 ans non en union sexuellement actives

Méthodes modernes

Incluent la stérilisation féminine et masculine, les injectables, les dispositifs intra-utérins (DIU), les pilules contraceptives, les implants, les condoms féminins et masculins, la contraception d'urgence, la méthode des Jours fixes, et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Le **Tableau 6** ci-dessous présente la prévalence contraceptive parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes non en union et sexuellement actives.

Tableau 6 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

			Une méthode moderne										Une méthode traditionnelle					
Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	DIU	Injectables	Implants	Pilule	Condom masculin	Condom féminin	Contraception d'urgence	MJF/ MAMA/ Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait	Autre	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
								FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION										
Nombre d'enfants vivants																		
0	4,4	2,2	0,1	0,1	0,1	0,4	0,0	0,7	0,0	0,6	0,2	2,2	1,6	0,5	0,1	95,6	100,0	1 051
1–2	19,4	10,4	0,6	0,0	1,4	2,6	0,7	2,2	0,0	0,7	2,2	9,0	5,1	2,9	1,0	80,6	100,0	4 639
3–4	20,5	11,8	1,2	0,1	1,5	3,4	0,9	1,4	0,0	0,6	2,5	8,8	4,2	3,3	1,2	79,5	100,0	4 671
5+	20,1	11,8	1,5	0,0	2,0	3,5	0,7	1,1	0,0	0,5	2,5	8,3	4,3	3,0	1,0	79,9	100,0	5 321
Groupe d'âges																		
15–19	14,4	6,3	0,0	0,0	1,4	1,4	0,4	1,6	0,0	0,5	0,9	8,1	3,5	4,0	0,6	85,6	100,0	915
20–24	17,6	8,3	0,1	0,0	1,1	1,7	0,6	2,0	0,0	0,5	2,4	9,2	5,0	3,2	1,0	82,4	100,0	2 952
25–29	19,3	11,6	0,5	0,1	2,3	2,7	1,0	1,3	0,0	0,9	2,9	7,7	3,7	2,8	1,1	80,7	100,0	2 942
30–34	22,8	12,7	1,1	0,1	1,7	4,2	0,8	1,7	0,0	0,5	2,3	10,1	4,9	4,0	1,3	77,2	100,0	2 841
35–39	20,0	13,2	1,2	0,0	1,8	4,7	0,5	1,7	0,0	0,8	2,4	6,8	3,3	2,5	1,0	80,0	100,0	2 794
40–44	19,0	10,7	1,7	0,0	1,1	3,1	0,6	1,4	0,0	0,7	2,2	8,3	5,2	2,0	1,0	81,0	100,0	1 815
45–49	14,5	8,2	3,7	0,0	1,0	1,4	0,8	0,1	0,0	0,2	1,1	6,3	4,1	1,9	0,3	85,5	100,0	1 425
Résidence																		
Urbain	26,6	15,8	1,0	0,1	2,4	3,8	1,4	2,5	0,0	1,5	2,9	10,8	6,2	3,4	1,2	73,4	100,0	5 147
Rural	15,2	8,3	1,1	0,0	1,2	2,6	0,3	1,0	0,0	0,2	2,0	6,9	3,4	2,7	0,9	84,8	100,0	10 535
Province																		
Bas-Uele	9,6	1,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,4	8,1	2,7	4,7	0,7	90,4	100,0	201
Equateur	33,6	14,7	0,0	0,0	1,9	4,8	0,0	0,5	0,0	0,9	6,7	18,9	17,5	1,3	0,0	66,4	100,0	476
Haut-Katanga	25,9	17,7	0,2	0,0	3,2	1,3	1,7	2,4	0,0	0,5	8,5	8,3	6,0	2,1	0,2	74,1	100,0	922
Haut Lomami	4,8	3,1	0,4	0,0	0,0	0,3	0,3	0,7	0,0	0,0	1,3	1,8	0,4	1,3	0,0	95,2	100,0	486
Haut Uele	18,4	13,3	4,0	0,2	2,1	1,5	0,3	3,8	0,0	0,0	1,5	5,0	2,0	1,4	1,6	81,6	100,0	272
Ituri	19,7	14,7	0,9	0,0	4,1	2,0	1,2	0,6	0,0	0,4	5,6	5,0	3,6	0,3	1,1	80,3	100,0	678
Kasaï	11,7	7,4	0,5	0,2	2,0	2,8	0,7	1,3	0,0	0,0	0,0	4,3	2,8	1,5	0,0	88,3	100,0	642
Kasaï Central	23,9	11,7	0,9	0,1	2,3	3,6	0,7	1,9	0,0	0,0	2,3	12,2	7,9	1,9	2,4	76,1	100,0	653
Kasaï Oriental	16,6	6,1	0,1	0,0	0,1	0,9	1,3	1,9	0,0	0,0	1,8	10,5	4,5	3,0	3,1	83,4	100,0	538
Kinshasa	28,3	17,8	0,6	0,2	2,8	5,9	1,5	2,3	0,0	3,2	1,2	10,5	6,3	3,2	1,1	71,7	100,0	1 797
Kongo Central	16,2	10,8	1,4	0,1	1,6	4,8	0,6	1,1	0,0	0,4	0,8	5,4	2,6	2,3	0,5	83,8	100,0	969
Kwango	14,6	6,3	1,0	0,0	0,5	2,4	0,0	1,8	0,0	0,2	0,3	8,3	4,3	3,8	0,2	85,4	100,0	470
Kwilu	19,7	11,0	1,1	0,0	0,2	6,2	0,2	1,5	0,0	0,2	1,7	8,7	2,8	5,7	0,1	80,3	100,0	1 020
Lomami	15,0	3,6	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	1,3	0,0	0,0	1,2	11,4	2,9	7,7	0,8	85,0	100,0	502
Lualaba	8,2	4,2	0,3	0,0	0,6	0,4	0,1	0,4	0,0	0,3	2,1	4,0	0,8	1,1	2,2	91,8	100,0	684
Mai-Ndombe	41,7	11,3	1,0	0,0	1,7	3,5	0,2	2,2	0,0	0,2	2,5	30,4	21,5	8,6	0,3	58,3	100,0	309
Maniema	22,0	5,5	0,2	0,0	1,1	0,3	0,0	1,7	0,0	0,0	2,4	16,5	2,3	9,1	5,1	78,0	100,0	585
Mongala	18,5	9,0	1,1	0,0	0,8	3,9	0,1	1,5	0,0	0,8	0,7	9,5	2,7	6,5	0,2	81,5	100,0	344
Nord-Kivu	26,2	19,7	5,1	0,0	2,2	2,5	2,1	2,5	0,0	1,2	3,9	6,5	5,3	0,0	1,2	73,8	100,0	1 135
Nord Ubangi	10,6	7,4	0,4	0,0	2,0	3,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,7	3,2	0,0	3,2	0,1	89,4	100,0	229
Sankuru	4,9	3,4	0,3	0,0	0,9	0,8	0,3	0,4	0,0	0,0	0,7	1,5	0,6	0,6	0,3	95,1	100,0	292
Sud-Kivu	11,6	5,5	1,3	0,0	1,1	1,1	0,2	0,3	0,0	0,2	0,7	6,1	2,2	2,2	1,6	88,4	100,0	953
Sud Ubangi	13,5	11,6	1,7	0,1	1,4	6,4	0,1	0,5	0,0	0,0	1,4	1,9	1,4	0,5	0,0	86,5	100,0	518
Tanganyika	2,5	1,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,1	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	97,5	100,0	433
Tshopo	21,1	9,1	0,6	0,0	0,6	4,0	0,9	1,8	0,0	0,0	1,2	12,0	3,3	8,1	0,5	78,9	100,0	263
Tshuapa	18,8	11,0	0,0	0,0	0,9	5,9	0,0	0,6	0,0	0,0	3,6	7,8	3,2	4,5	0,1	81,2	100,0	309

À suivre…

Tableau 6—*Suite*

			Une méthode moderne										Une méthode traditionnelle					
Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	DIU	Injectables	Implants	Pilule	Condom masculin	Condom féminin	Contraception d'urgence	MJF/ MAMA/ Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait	Autre	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
Niveau d'instruction																		
Aucun	10,3	6,3	1,1	0,0	0,9	2,2	0,2	0,8	0,0	0,0	1,1	4,0	2,1	1,0	0,9	89,7	100,0	3 054
Primaire	14,1	7,7	1,3	0,0	1,1	2,0	0,4	0,9	0,0	0,0	2,0	6,4	3,2	2,5	0,7	85,9	100,0	4 448
Secondaire	24,2	13,4	0,9	0,1	2,1	3,6	0,9	2,0	0,0	1,0	2,7	10,8	5,6	4,1	1,1	75,8	100,0	7 419
Supérieur	30,7	20,0	1,1	0,0	1,7	5,8	2,1	2,9	0,0	2,6	3,9	10,7	6,9	1,7	2,1	69,3	100,0	762
Quintiles de bien-être économique																		
Le plus bas	12,9	5,6	0,5	0,0	0,8	2,0	0,2	0,5	0,0	0,1	1,5	7,3	3,6	2,6	1,2	87,1	100,0	3 323
Second	15,6	7,5	0,9	0,0	0,9	2,3	0,3	0,8	0,0	0,0	2,4	8,1	3,6	3,7	0,8	84,4	100,0	3 346
Moyen	15,1	8,4	1,3	0,0	1,1	3,0	0,2	1,4	0,0	0,0	1,2	6,8	3,4	2,7	0,7	84,9	100,0	3 194
Quatrième	23,5	14,6	1,3	0,0	3,0	2,9	1,1	2,5	0,0	0,9	2,9	8,9	5,1	2,8	1,1	76,5	100,0	2 995
Le plus élevé	29,6	19,2	1,3	0,1	2,4	5,0	1,8	2,5	0,0	2,4	3,5	10,4	6,2	2,8	1,3	70,4	100,0	2 825
Ensemble	19,0	10,7	1,0	0,0	1,6	3,0	0,7	1,5	0,0	0,6	2,3	8,2	4,3	2,9	1,0	81,0	100,0	15 683
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[1]																		
Résidence																		
Urbain	45,1	32,3	0,5	0,2	1,8	4,5	4,7	11,8	0,2	7,7	1,0	12,8	6,7	4,1	2,0	54,9	100,0	1 235
Rural	23,4	12,9	0,4	0,0	0,9	4,6	1,4	4,8	0,0	0,0	0,7	10,5	7,7	2,4	0,4	76,6	100,0	1 003
Ensemble	35,4	23,6	0,5	0,1	1,4	4,6	3,2	8,6	0,1	4,2	0,9	11,8	7,2	3,3	1,3	64,6	100,0	2 238

Note : Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la méthode la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MJF = Méthode des jours fixes
MAMA = Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel
[1] Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours précédant l'interview

Parmi les femmes actuellement en union, seules 19 % utilisaient une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête, soit moderne (11 %), soit traditionnelle (8 %).

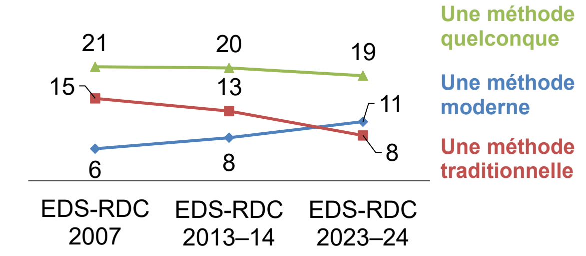
La méthode contraceptive moderne la plus fréquemment utilisée est les implants (3 %). Parmi les méthodes traditionnelles, la plus utilisée est la méthode du rythme (4 %).

Parmi les femmes non en union mais sexuellement actives au moment de l'enquête, 35 % utilisaient une méthode contraceptive, 24 % une méthode moderne, 12 % une méthode traditionnelle. Comparativement aux femmes en union, les femmes non en union mais sexuellement actives utilisent plus les méthodes modernes à courte durée comme le condom masculin (9 %), la contraception d'urgence (4 %) et les pilules (3 %). Il faut noter que l'utilisation des implants par les femmes non en union et sexuellement actives est plus élevée que parmi les femmes en union (5% contre 3 %). Parmi les femmes non en union sexuellement actives, la méthode du rythme est aussi plus fréquemment utilisée que par les femmes en union (7 % contre 3 %).

Tendance : L'examen du Graphique 2 illustrant la comparaison des résultats de l'EDS-RDC III, 2023–24 avec ceux des enquêtes précédentes montre que, globalement, la proportion de femmes utilisant une méthode quelconque a légèrement baissé, passant de 21 % en 2007 à 19 % en 2023–24, en partie à cause d'une diminution du recours à une méthode traditionnelle, (de 15 % à 8 %). Par contre, dans cette période, la prévalence contraceptive moderne a augmenté, passant de 6 % en 2007 à 11 %.

Graphique 2 Tendances de l'utilisation contraceptive

Pourcentage de femmes actuellement en union utilisant une méthode de contraception



3.6.2 Besoins et demande en planification familiale

Le **Tableau 7** présente les données concernant les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, les besoins qui sont satisfaits et la demande totale en planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes non en union et sexuellement actives. Ces indicateurs permettent d'évaluer dans quelle mesure les programmes de planification familiale en République Démocratique du Congo répondent à la demande de services.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes qui (1) ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum, qui sont considérées comme étant fécondes et qui veulent retarder la venue d'un prochain enfant de 2 années ou plus ou qui ne veulent plus d'enfant mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, ou (2) dont la grossesse actuelle a été mal planifiée ou non souhaitée, ou (3) qui sont en aménorrhée post-partum et dont la dernière naissance des 2 dernières années était mal planifiée ou non désirée.

Besoins satisfaits en matière de planification familiale

Utilisation contraceptive actuelle (Une méthode)

Échantillon : Femmes de 15–49 ans actuellement en union et femmes de 15–49 ans non en union sexuellement actives

Demande en planification familiale : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale + besoins satisfaits (utilisation actuelle d'une méthode de contraception)

Proportion de demande satisfaite :

$$\frac{\text{Utilisation contraceptive actuelle (une méthode)}}{\text{Besoins non satisfaits + utilisation contraceptive actuelle (une méthode)}}$$

Proportion de demande satisfaite par les méthode modernes :

$$\frac{\text{Utilisation contraceptive actuelle (une méthode moderne)}}{\text{Besoins non satisfaits + utilisation contraceptive actuelle (une méthode)}}$$

Tableau 7 Besoin et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives

Pourcentage de femmes de 15–49 ans, actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ; pourcentage ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes ; pourcentage de demande en planification familiale ; pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en planification familiale	Besoins satisfaits en planification familiale (utilisation actuelle)		Demande totale en planification familiale[2]	Effectif de femmes	Pourcentage de demande satisfaite[1]	
		Toutes méthodes	Méthodes modernes[2]			Toutes méthodes	Méthodes modernes[3]
			FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION				
Groupe d'âges							
15–19	33,2	14,4	6,3	47,6	915	30,2	13,1
20–24	33,4	17,6	8,3	51,0	2 952	34,5	16,4
25–29	35,0	19,3	11,6	54,2	2 942	35,5	21,3
30–34	31,6	22,8	12,7	54,4	2 841	41,9	23,3
35–39	33,4	20,0	13,2	53,3	2 794	37,4	24,8
40–44	31,3	19,0	10,7	50,3	1 815	37,8	21,3
45–49	16,6	14,5	8,2	31,2	1 425	46,6	26,4
Résidence							
Urbain	29,3	26,6	15,8	55,9	5 147	47,6	28,2
Rural	32,7	15,2	8,3	47,9	10 535	31,8	17,3
Province							
Bas-Uele	40,4	9,6	1,6	50,0	201	19,3	3,1
Equateur	29,3	33,6	14,7	62,9	476	53,4	23,3
Haut-Katanga	24,8	25,9	17,7	50,7	922	51,2	34,8
Haut Lomami	27,6	4,8	3,1	32,4	486	14,9	9,5
Haut Uele	45,9	18,4	13,3	64,3	272	28,6	20,7
Ituri	33,8	19,7	14,7	53,5	678	36,8	27,5
Kasaï	33,2	11,7	7,4	44,9	642	26,0	16,5
Kasaï Central	25,9	23,9	11,7	49,8	653	48,1	23,5
Kasaï Oriental	20,9	16,6	6,1	37,5	538	44,3	16,3
Kinshasa	31,6	28,3	17,8	59,9	1 797	47,3	29,8
Kongo Central	26,4	16,2	10,8	42,6	969	38,1	25,4
Kwango	32,9	14,6	6,3	47,5	470	30,8	13,3
Kwilu	30,5	19,7	11,0	50,1	1 020	39,2	22,0
Lomami	25,4	15,0	3,6	40,4	502	37,1	8,8
Lualaba	35,5	8,2	4,2	43,7	684	18,7	9,6
Mai-Ndombe	16,7	41,7	11,3	58,4	309	71,4	19,4
Maniema	27,9	22,0	5,5	49,8	585	44,1	11,1
Mongala	39,3	18,5	9,0	57,8	344	31,9	15,5
Nord-Kivu	38,7	26,2	19,7	64,9	1 135	40,3	30,3
Nord Ubangi	33,8	10,6	7,4	44,5	229	23,9	16,6
Sankuru	34,2	4,9	3,4	39,1	292	12,6	8,8
Sud-Kivu	35,1	11,6	5,5	46,7	953	24,8	11,8
Sud Ubangi	41,4	13,5	11,6	54,8	518	24,5	21,1
Tanganyika	34,1	2,5	1,9	36,6	433	6,7	5,3
Tshopo	37,3	21,1	9,1	58,3	263	36,1	15,6
Tshuapa	32,9	18,8	11,0	51,7	309	36,4	21,2
Niveau d'instruction							
Aucun	32,6	10,3	6,3	42,9	3 054	24,1	14,6
Primaire	32,1	14,1	7,7	46,2	4 448	30,6	16,7
Secondaire	31,4	24,2	13,4	55,7	7 419	43,5	24,1
Supérieur	26,2	30,7	20,0	56,9	762	54,0	35,2
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	32,8	12,9	5,6	45,6	3 323	28,2	12,2
Second	32,9	15,6	7,5	48,5	3 346	32,2	15,5
Moyen	32,3	15,1	8,4	47,4	3 194	31,9	17,7
Quatrième	30,8	23,5	14,6	54,4	2 995	43,3	26,9
Le plus élevé	28,7	29,6	19,2	58,3	2 825	50,8	33,0
Ensemble	31,6	19,0	10,7	50,6	15 683	37,5	21,2
			FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[4]				
Résidence							
Urbain	43,6	45,1	32,3	88,7	1 235	50,8	36,4
Rural	57,7	23,4	12,9	81,1	1 003	28,8	15,9
Ensemble	49,9	35,4	23,6	85,3	2 238	41,5	27,7

Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012.
[1] Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisé par la demande totale.
[2] Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, le DIU, les injectables, les implants, la pilule le condom masculin, le condom féminin, la contraception d'urgence, la Méthode des Jours Fixes (MJF) et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et d'autres méthodes modernes.
[3] La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits.
[4] Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours ayant précédé l'interview

Les résultats de l'EDS-RDC III, 2023–24 montrent que :

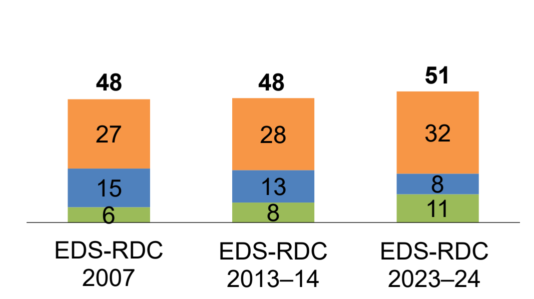
- La demande totale en planification familiale, parmi les femmes congolaises de 15–49 ans en union au moment de l'enquête, est évaluée à 51 %. Parmi elles, 19 % ont des besoins satisfaits en planification familiale (toutes méthodes confondues), tandis que 32 % ont des besoins non satisfaits ;
- La proportion de femmes ayant des besoins satisfaits par les méthodes contraceptives modernes est de 21 % ;
- La demande totale en planification familiale des femmes non en union mais sexuellement active au moment de l'enquête, s'élève à 85 %. Elle est satisfaite par les méthodes modernes dans 28 % des cas.

Tendances nationales de la demande en matière de planification familiale

Les deux dernières EDS menées par la RDC ont évalué les besoins en planification familiale. La comparaison des résultats ne fait pas apparaître de variations très importantes (**Graphique 3**). En effet, la demande totale et les besoins non satisfaits, restés stable entre 2007 et 2014 ont augmenté pour atteindre respectivement 32% et 51 % en 2024 (**Graphique 3**).

Graphique 3 **Tendances de l'utilisation contraceptive, des besoins et de la demande en matière de planification familiale**

Pourcentage de femmes de 15–49 ans actuellement en union



Les besoins satisfaits par les méthodes traditionnelles suivent une tendance à la baisse depuis 2007, passant de 15 % à 13 % et à 8 % alors que l'on constate le mouvement inverse pour les besoins satisfaits par les méthodes modernes, qui augmentent depuis 2007, passant de 6 % à 8 % et à 11 %.

3.7 MORTALITÉ DES ENFANTS

Mortalité néonatale : Probabilité de décéder avant d'atteindre un mois.

Mortalité post néonatale : Probabilité de décéder entre le premier mois et le premier anniversaire (calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale).

Mortalité infantile : Probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire.

Mortalité juvénile : Probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire.

Mortalité infanto-juvénile : Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

Le niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans constitue un indicateur important du niveau de développement socio-économique et de la qualité de vie d'un pays.

Le **Tableau 8** présente les estimations pour trois périodes successives de 5 ans ayant précédé l'EDS-RDC III, 2023–24. Les taux sont estimés directement à partir des informations collectées dans l'historique des grossesses sur la date de naissance des enfants vivants ou de l'issue de la grossesse des mort-nés, fausses couches ou avortements, l'état de survie et l'âge au décès pour les enfants décédés.

- Pour la période de 5 années avant l'enquête, le risque de mortalité infantile est estimé à 55 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile à 39 ‰ ;

- Concernant les composantes de la mortalité infantile, elles sont estimées à 24 ‰ pour la mortalité néonatale et à 32 ‰ pour la mortalité postnéonatale ;

- Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est à dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 92 ‰, ce qui montre qu'environ un enfant sur dix a une probabilité de mourir avant d'atteindre son cinquième anniversaire.

Tableau 8 Quotient de mortalité des enfants de moins 5

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Nombre d'années précédant l'enquête					
0–4	24	32	55	39	92
5–9	18	26	45	32	75
10–14	17	22	38	33	70

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

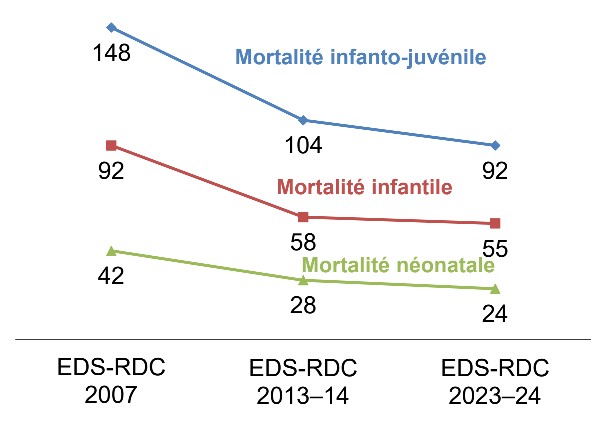
Tendances de la mortalité des enfants

Les données collectées lors des précédentes EDS permettent de retracer les tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en RDC (**Graphique 4**). Quel que soit l'indicateur considéré, on constate une tendance à la baisse du niveau de la mortalité des enfants, baisse plus rapide entre 2007 et 2013–14, puis plus modérée entre 2013–14 et 2023–24.

En effet, le quotient de mortalité infanto-juvénile, qui mesure la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire, est passée de 148 ‰ pendant la période 2003–07 à 104 ‰ pendant la période 2010–14 puis à 92 ‰ pendant la période 2020–24 (**Graphique 4**).

Graphique 4 **Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans**

Décès pour 1 000 naissances vivantes par période de 5 ans avant l'enquête



De même, la probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire (quotient de mortalité infantile) est passée de 92 ‰ pendant la période 2003–07 à 58 ‰ pendant la période 2010–14, puis à 55 ‰ pendant la période 2020–24.

Quant au quotient de mortalité néonatale, qui mesure la probabilité de décéder entre la naissance et le premier mois d'existence, il a aussi baissé, passant de 42 ‰ pendant la période 2003–07 à 24 ‰ pendant la période 2020–24.

3.8 SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Des soins appropriés pendant la grossesse et l'accouchement sont importants pour la santé de la mère et de son enfant. En République Démocratique du Congo les structures de soins de santé disposent des moyens d'intervention limités. Le personnel de santé qualifié est très insuffisant, surtout en milieu rural.

3.8.1 Soins prénatals

Soins prénatals par un prestataire qualifié
Soins reçus durant la grossesse dispensés par des prestataires qualifiés, comme les médecins et les infirmières/sage-femmes.
Échantillon : Toutes les femmes de 15–49 ans qui ont eu une naissance vivante ou un mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

Les soins prénatals dispensés par un prestataire qualifié sont importants pour surveiller le déroulement de la grossesse et réduire les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et durant la période postnatale.

Le **Tableau 9** présente les indicateurs clés relatifs aux soins de santé reproductive.

- Un peu plus de huit femmes sur dix ont reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié, y compris la grande majorité des femmes résidant dans le milieu urbain et la quasi-totalité des femmes qui ont atteint un niveau d'instruction supérieur. C'est dans la province du Sankuru que ce pourcentage est le plus faible.

- Une faible proportion de femmes a effectué quatre visites prénatales ou plus. Cette proportion est plus élevée parmi les femmes qui ont atteint un niveau d'instruction supérieur. La province du Sankuru se distingue encore par le pourcentage le plus faible. Environ six femmes sur dix ont pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse. Les femmes résidant dans le milieu urbain, celles avec un niveau d'instruction supérieur ou vivant dans un ménage du quintile le plus élevé sont proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu des suppléments contenant du fer pendant la grossesse.

Tableau 9 Indicateurs des soins de santé maternelle

Parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié pour la naissance vivante la plus récente ou l'enfant mort/né, pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la naissance vivante la plus récente ou l'enfant mort-né, pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse de la naissance vivante la plus récente ou d'un mort-né, et pourcentage dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes et tous les mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant été assisté par un prestataire de santé qualifié et pourcentage dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé ; parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête					Naissances vivantes et mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête			Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié[1]	Pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus	Pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse[2]	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal[3]	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié[1]	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé	Effectif de naissances	Pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance[4]	Effectif de femmes
	NAISSANCES VIVANTES									
Âge de la mère à la naissance										
<20	83,3	44,1	60,0	46,6	1 162	87,7	86,9	1 213	32,3	1 162
20–34	84,1	45,4	64,0	59,4	5 750	85,1	83,6	6 086	28,6	5 750
35–49	81,5	43,5	58,6	57,5	1 574	81,6	79,5	1 643	29,4	1 574
Résidence										
Urbain	91,1	57,0	74,3	68,7	2 601	96,1	95,1	2 770	44,5	2 601
Rural	80,2	39,5	57,2	52,2	5 885	79,8	78,0	6 172	22,5	5 885
Province										
Bas-Uele	53,5	23,8	35,7	41,6	118	61,4	59,1	120	7,1	118
Equateur	80,4	48,7	57,6	49,3	233	71,0	63,4	240	25,1	233
Haut-Katanga	84,7	48,0	53,1	61,5	576	93,6	91,6	626	46,1	576
Haut Lomami	74,7	34,4	69,8	41,5	314	75,0	64,5	328	43,6	314
Haut Uele	82,2	30,5	70,6	64,9	131	82,7	73,0	139	20,5	131
Ituri	81,2	39,3	74,5	72,2	359	95,5	96,0	374	47,3	359
Kasaï	70,0	26,5	39,1	28,4	337	83,1	84,3	356	12,6	337
Kasaï Central	92,6	43,3	66,1	74,5	404	91,4	91,3	426	27,7	404
Kasaï Oriental	80,5	34,7	47,3	60,3	285	87,6	87,5	305	8,2	285
Kinshasa	95,0	69,2	87,7	71,0	866	97,8	97,4	911	61,1	866
Kongo Central	84,0	46,6	70,3	53,5	389	94,7	94,6	414	23,6	389
Kwango	80,9	28,5	49,6	55,9	265	76,5	76,8	276	17,6	265
Kwilu	87,3	49,3	74,8	67,1	481	93,0	92,4	510	13,1	481
Lomami	69,8	31,7	51,1	52,7	291	74,2	75,6	305	7,1	291
Lualaba	88,1	56,8	51,1	72,5	441	86,9	90,4	472	28,1	441
Mai-Ndombe	93,0	62,4	67,1	69,0	124	92,7	92,0	124	29,8	124
Maniema	81,4	29,7	30,8	42,6	364	79,1	71,4	374	14,4	364
Mongala	82,1	45,6	24,7	47,0	184	66,0	63,3	200	14,1	184
Nord-Kivu	98,2	50,6	87,2	62,1	654	99,1	98,9	682	37,9	654
Nord Ubangi	89,2	40,7	71,5	41,5	131	74,6	69,3	135	18,6	131
Sankuru	48,0	14,1	36,4	27,9	146	46,7	42,4	153	13,5	146
Sud-Kivu	95,0	61,3	79,9	71,1	574	94,6	97,4	610	36,2	574
Sud Ubangi	77,0	39,7	55,9	31,6	260	71,3	71,1	270	15,5	260
Tanganyika	58,3	25,0	44,4	35,3	240	45,3	39,0	249	10,6	240
Tshopo	79,6	49,3	37,8	49,0	141	80,7	72,6	152	29,4	141
Tshuapa	62,3	23,8	48,3	33,7	179	43,8	38,1	191	22,3	179
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	72,1	34,2	51,9	48,1	1 458	71,4	69,8	1 520	24,8	1 458
Primaire	79,7	37,5	56,0	54,6	2 350	80,4	78,6	2 498	22,2	2 350
Secondaire	88,2	49,2	67,1	60,5	4 338	90,7	89,3	4 577	31,6	4 338
Supérieur	99,4	87,0	92,1	73,3	340	98,6	97,8	347	66,9	340
Quintiles de bien-être économique										
Le plus bas	72,5	32,4	47,2	44,5	1 972	70,9	68,9	2 066	16,2	1 972
Second	78,4	38,1	53,8	50,3	1 811	77,5	75,9	1 891	18,7	1 811
Moyen	86,0	43,9	63,9	60,9	1 715	86,8	85,5	1 807	26,9	1 715
Quatrième	91,2	48,6	73,7	62,9	1 693	95,8	93,7	1 803	36,2	1 693
Le plus élevé	94,3	69,6	81,1	74,4	1 295	98,8	98,8	1 375	57,8	1 295
Ensemble	83,5	44,9	62,5	57,3	8 486	84,8	83,3	8 942	29,2	8 486

À suivre…

Tableau 9—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête					Naissances vivantes et mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête			Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	
	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié[1]	Pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus	Pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse[2]	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal[3]	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié[1]	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé	Effectif de naissances	Pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance[4]	Effectif de femmes
MORT-NÉS										
Ensemble	74,5	29,4	47,3	na	150	81,9	69,7	157	19,6	150
NAISSANCES VIVANTES ET MORT-NÉS[5]										
Ensemble	83,4	44,6	62,3	na	8 580	84,8	83,1	9 099	29,2	8 580

Notes : Si plus d'un prestataire de santé a été mentionné, seul celui ayant les qualifications les plus élevées est pris en compte dans ce tableau. Les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 28 semaines ou plus. Quand la durée de la grossesse est déclarée en mois, les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 7 mois ou plus.
na = non applicable
[1] Sont considérés comme des prestataires de santé qualifiés les médecins et les infirmier(ère)s/sages-femmes
[2] Comprimés de fer ou sirop contenant du fer
[3] Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance vivante ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 3 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 10 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.
[4] Y compris les femmes ayant reçu des soins effectués par un médecin, une sage-femme, une infirmière, un agent de santé communautaire ou une sage-femme traditionnelle
[5] Pour les femmes ayant eu une naissance vivante et un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, les données sur les soins prénatals et postnatals sont calculées sur la naissance la plus récente seulement.

3.8.2 Vaccination antitétanique

Protection contre le tétanos néonatal

Le nombre d'injections antitétaniques nécessaires pour éviter que le nouveau-né contracte le tétanos dépend des vaccinations reçues par la mère. Une naissance est considérée comme protégée du tétanos néonatal si la mère a reçu l'une des combinaisons suivantes :

- Deux injections de vaccin antitétanique reçues au cours de la grossesse
- Deux injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 3 années avant la naissance
- Trois injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 5 années avant la naissance
- Quatre injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 10 années avant la naissance
- Cinq injections ou plus à n'importe quel moment avant la naissance

Échantillon : Dernières naissances vivantes des femmes de 15–49 ans qui ont eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête.

Les injections d'anatoxine tétanique sont effectuées pendant la grossesse pour prévenir le tétanos néonatal, une cause majeure de décès précoces d'enfants dans de nombreux pays en développement, souvent dû à un non-respect des procédures d'hygiène durant l'accouchement.

- Plus de la moitié des femmes ont eu leur dernière naissance vivante protégée contre le tétanos néonatal. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural.

3.8.3 Soins à l'accouchement

Accouchements dans un établissement de santé
Accouchements qui se déroulent dans un établissement de santé.
Échantillon : Toutes les naissances vivantes et/ou les mort-nés ayant eu lieu dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

Accouchements assistés par un prestataire de santé qualifié
Naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance de médecins et d'infirmières/sage-femmes, les accoucheuses traditionnelles, les agents de santé communautaires ainsi que les agents de terrain.
Échantillon : Toutes les naissances vivantes et/ou les mort-nés ayant eu lieu dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

L'accès à des soins médicaux et à des conditions d'hygiène appropriés pendant l'accouchement peut réduire le risque de complications et d'infections qui peuvent causer le décès ou une grave maladie pour la mère et/ou le bébé (Van Lerberghe and De Brouwere 2001 ; WHO 2006a) ;

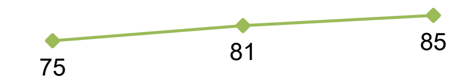
- Parmi les naissances vivantes et les mort-nés ayant eu lieu au cours des deux années ayant précédé l'enquête, plus de huit sur dix ont eu lieu dans une formation sanitaire. Par contre, dans les provinces de Sankuru, Tanganyika et Tshuapa ce pourcentage est nettement plus faible.

- En RDC, 85 % des naissances ont été assistés par un prestataire de santé qualifié. C'est dans les provinces de Sankuru, Tanganyika et Tshuapa que les proportions de naissances ayant bénéficié d'une assistance à l'accouchement par un prestataire qualifié sont les plus faibles.

Tendances : Le pourcentage de naissances vivantes ayant eu lieu au cours des deux années avant l'enquête dont l'accouchement a été assisté par un prestataire qualifié augmente régulièrement depuis 2007, passant de 75 % à 81 % en 2013–14 pour atteindre 85 % en 2023–24 (**Graphique 5**).

Graphique 5 **Tendances de l'assistance à l'accouchement**

Pourcentage de naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 2 années avant l'enquête dont l'accouchement a été assisté par un prestataire qualifié



3.8.4 Soins postnatals de la mère

- Une grande partie des décès maternel et néonatals se produisent au cours des premières 48 heures qui suivent l'accouchement. Il est, par conséquent, important que des soins postnatals soient dispensés rapidement à la mère et à l'enfant pour traiter les complications éventuelles qui peuvent se produire lors de l'accouchement, ainsi que pour fournir les informations importantes concernant des pratiques pour prendre soins d'elle et de son bébé. Les programmes de maternité sans risque recommandent d'examiner l'état de santé de toutes les femmes dans les deux premiers jours qui suivent l'accouchement.

Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des deux années ayant précédé l'enquête, moins de trois femmes sur dix (29 %) ont reçu des soins postnatals dans les deux jours après la naissance. Ce pourcentage est de 8 % ou moins dans les provinces de Bas-Uele, Kasaï Oriental et Lomami.

3.9 COUVERTURE VACCINALE

La vaccination universelle des enfants contre les maladies courantes évitables par la vaccination est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. En République Démocratique du Congo, les vaccins infantiles de routine comprennent le vaccin Bilié de Calmette et Guérin (BCG) (tuberculose), le vaccin polio oral (VPO) ou le vaccin de la polio inactivé (VPI) ; le pentavalent ou DTC-HepB-Hib (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, et *Haemophilus influenzae* type b) ; le vaccin conjugué contre le pneumocoque (VCP) ; le vaccin contre le rotavirus (VR) ; le vaccin contre la rougeole (VR) et le vaccin contre la fièvre jaune ou vaccin antiamaril (VAA).

Les informations sur la couverture vaccinale sont obtenues de deux manières par l'EDS-RDC, à partir des enregistrements écrits des vaccins reçus, y compris les carnets de vaccination ou les carnets de santé, et à partir de la déclaration orale de la mère.

3.9.1 Couverture antigénique de base

Complètement vacciné—antigènes de base

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois qui ont reçu des vaccins spécifiques à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère). On considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins de base, s'il a reçu au moins :

- Une dose du vaccin BCG qui protège contre la tuberculose
- Trois doses du vaccin de la polio administré sous forme de vaccin antipoliomyélite oral (VPO), vaccin antipoliomyélite inactivé (VPI), ou une combinaison de VPO et de VPI
- Trois doses de vaccin contenant DTC qui protège contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
- Une dose de vaccin antirougeoleux administré sous la forme rougeole (VR)

Échantillon : Enfants de 12–23 mois

Historiquement, l'utilisation de la proportion d'enfants ayant reçu tous les antigènes « de base » a constitué une mesure importante de la couverture vaccinale des enfants. Les enfants considérés comme étant complètement vaccinés contre les antigènes de base sont ceux qui ont reçu le BCG, trois doses de chaque vaccin antipoliomyélitique et le vaccin contenant le DTC, ainsi qu'une seule dose de vaccin contenant la polio. En RDC, le vaccin du BCG est habituellement administré à la naissance ou lors du premier contact avec la clinique, alors que les vaccins contenant la polio et le DTC sont administré à respectivement 6 semaines, 10 semaines et 14 semaines. Le vaccin contre la rougeole est administré à l'âge de 9 mois ou peu après cet âge.

- Dans l'ensemble 69 % des enfants étaient vaccinés contre le BCG. Pour les vaccins à doses multiples, on constate une déperdition importante entre les doses : de 67 % à 46 % pour le DTC, de 69 % à 31 % pour le VPO, de 65 % à 45 % pour le pneumocoque et de 63 % à 38 % pour le rotavirus. En outre, 61 % des enfants ont reçu le vaccin anti-polio inactivé (VPI). Quant au vaccin antirougeoleux, seulement 56 % des enfants l'ont reçu (**Tableau 10**).

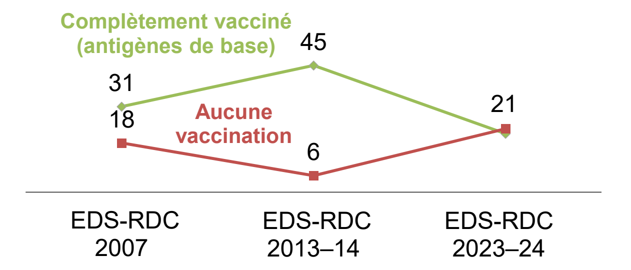
- Globalement, environ deux enfants de 12–23 mois sur dix a reçu tous les antigènes de base et seulement un enfant de 12–23 mois sur dix a reçu tous les vaccins recommandés pour le groupe d'âges, selon le calendrier national.

- Près d'un quart des enfants de 12–23 mois n'ont reçu aucun vaccin.

Tendances : Entre 2007 et 2013–14, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés avec tous les antigènes de base a augmenté, passant de 31 % à 45 %. Cependant, cette tendance à la hausse ne s'est pas poursuivie puisqu'en 2023–24, la couverture vaccinale de base n'est que de 21 %. Dans la même période le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin qui avait diminué entre 2007 et 2013–14, passant de 18 % à 6 %, a augmenté pour atteindre 23 % des enfants de 12–23 mois en 2023–24 (**Graphique 6**).

Graphique 6 **Tendances de la vaccination des enfants**

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois



3.9.2 Couverture vaccinale selon le calendrier national

- Une deuxième mesure de la couverture vaccinale consiste à utiliser le pourcentage d'enfants de 12–23 mois qui sont complètement vaccinés selon le calendrier national. Dans ce rapport, on considère qu'un enfant de 12–23 mois est complètement vacciné selon le calendrier national s'il a reçu tous les antigènes de base ainsi qu'une dose de VPO à la naissance et une dose du vaccin antiamaril contre la fièvre jaune. Seulement un enfant de 12–23 mois sur dix est complètement vacciné selon le calendrier national. Ce pourcentage varie de moins de 1 % dans le Tshuapa et le Tanganyika à 29 % à Kinshasa.

- Les résultats montrent qu'au moins deux enfants sur dix n'ont toujours reçu aucun vaccin, y compris la moitié des enfants de la Mongala et du Sud Ubangi.

Tableau 10 Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère), pourcentage complètement vacciné (antigènes de base), pourcentage complètement vacciné (conformément au calendrier national), et pourcentage n'ayant reçu aucun vaccin, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

		DTC-HepB-Hib			VPO[1]					Vaccin contre le pneumocoque			Vaccin contre le rotavirus								
Caractéristique sociodémographique	BCG	1	2	3	0 (dose naissance)	1	2	3	VPI	1	2	3	1	2	3	Vaccin contre la rougeole 1re dose	Complètement vacciné (antigènes de base)[2]	Vaccin contre la fièvre jaune[3]	Complètement vacciné (conformément au calendrier national)[3,4]	Aucun vaccin	Effectif d'enfants
Sexe																					
Masculin	69,6	66,9	60,4	46,6	54,0	68,2	55,6	31,0	60,9	65,7	58,5	45,6	63,3	53,9	38,3	57,5	21,0	48,1	9,5	22,2	1 961
Féminin	68,7	66,4	57,3	45,4	54,2	69,2	55,8	30,6	60,4	64,7	55,7	45,1	62,2	51,8	38,4	53,9	20,8	45,4	11,2	23,2	1 936
Rang de naissance																					
1	72,5	69,4	61,9	50,1	60,0	70,8	57,1	32,3	63,8	68,5	60,0	49,1	64,3	56,2	41,7	57,4	23,8	49,9	13,3	21,3	768
2–3	69,1	66,6	59,1	46,3	56,3	67,4	54,1	29,0	62,5	64,2	56,5	45,5	62,9	54,6	39,8	57,9	20,2	47,1	9,8	23,4	1 230
4–5	69,6	68,0	60,2	47,3	52,2	69,3	57,7	33,9	62,2	67,3	58,9	46,6	64,7	52,3	38,6	56,4	22,0	48,7	11,1	21,8	954
6+	66,1	63,1	54,6	40,9	48,2	68,1	54,8	28,9	54,1	61,8	53,6	40,7	59,3	48,4	33,3	50,8	18,1	41,9	7,9	23,9	946
Carnet de vaccination[6]																					
Vu	89,9	91,9	83,1	74,0	82,0	94,1	85,5	76,4	74,5	91,9	83,5	73,4	90,0	79,2	63,8	67,7	57,6	48,5	35,7	1,6	759
Non vu ou n'a plus de carnet	93,9	91,7	84,3	65,3	72,4	86,3	69,0	29,6	86,1	89,8	80,7	65,1	85,0	72,3	52,2	80,0	20,6	72,0	8,0	2,3	1 428
N'a jamais eu de carnet	39,4	34,5	26,8	17,4	26,4	42,8	31,4	11,6	33,2	32,9	25,7	16,4	32,1	25,0	15,4	30,1	4,8	25,0	1,0	49,1	1 711
Résidence																					
Urbain	85,3	86,4	80,3	66,6	76,4	83,0	70,4	37,4	80,1	84,8	78,1	66,0	83,0	73,0	53,8	73,3	29,7	63,0	18,9	8,4	1 187
Rural	62,1	58,0	49,4	37,0	44,3	62,5	49,3	27,9	52,1	56,6	47,9	36,3	53,9	44,0	31,6	48,0	17,0	39,7	6,6	29,0	2 710
Province																					
Bas-Uele	47,0	37,8	31,4	14,2	32,3	49,3	38,1	10,1	32,5	32,8	18,3	8,3	34,3	28,2	11,9	37,1	4,2	21,3	1,3	38,0	48
Equateur	54,2	53,6	51,6	28,4	42,7	54,9	38,8	19,2	51,8	53,9	49,4	29,9	50,8	46,5	28,7	38,6	9,7	31,5	6,0	39,8	109
Haut-Katanga	75,2	74,3	70,7	58,4	67,0	74,9	67,7	33,3	68,3	72,3	68,5	59,1	72,1	65,0	52,8	49,4	20,5	43,7	15,8	18,1	304
Haut Lomami	57,9	52,7	47,1	37,7	47,7	69,2	57,9	28,0	49,7	50,4	45,3	38,4	50,6	46,5	36,1	46,9	16,3	38,9	10,7	29,7	136
Haut Uele	60,7	54,3	33,5	25,4	48,0	47,6	23,0	6,1	53,4	49,2	32,5	22,5	48,3	44,7	23,4	45,3	4,4	38,0	3,2	37,5	63
Ituri	81,3	78,8	70,9	56,3	56,8	73,7	60,1	37,8	66,5	77,9	67,9	56,3	75,1	64,8	51,0	66,8	24,7	58,3	8,5	10,6	176
Kasaï	53,5	48,2	41,8	31,8	40,8	54,1	39,4	23,7	44,7	44,7	38,1	32,4	41,6	33,6	27,0	37,8	16,1	29,6	8,1	39,1	165
Kasaï Central	93,1	90,3	86,2	69,0	57,6	90,8	75,6	57,4	84,1	88,8	85,2	67,5	89,1	79,2	59,1	81,7	41,3	65,3	10,4	4,6	188
Kasaï Oriental	75,3	81,9	70,2	51,7	74,2	83,9	61,4	37,1	64,8	82,9	70,0	54,1	79,3	70,5	39,8	58,8	26,1	43,4	13,6	10,7	108
Kinshasa	95,1	99,2	91,4	82,5	95,1	90,3	79,4	43,6	93,5	95,7	89,9	82,1	95,1	82,9	67,4	95,7	41,6	87,3	29,3	0,8	359
Kongo Central	63,7	57,5	50,7	37,6	56,4	53,1	40,6	25,1	47,2	57,5	50,5	37,8	53,2	48,8	34,1	42,4	18,9	37,5	13,6	36,3	183
Kwango	67,8	71,0	65,0	45,2	56,9	74,9	60,1	26,1	67,9	68,6	62,3	38,7	65,1	57,1	36,1	54,0	13,7	48,9	8,6	22,4	127
Kwilu	77,2	78,1	63,0	40,8	61,0	68,2	42,8	18,3	73,8	75,6	60,9	40,2	64,6	52,6	38,0	63,5	13,4	53,5	3,4	16,9	250
Lomami	62,7	65,4	57,3	36,8	35,8	69,2	55,0	34,4	63,8	67,6	57,6	35,8	63,2	45,0	22,8	59,5	13,8	44,5	5,5	22,6	127
Lualaba	73,2	66,1	58,7	50,9	45,1	67,1	59,1	31,9	53,9	65,7	58,6	51,4	63,9	52,3	45,4	57,8	20,1	39,6	9,9	18,8	223
Mai-Ndombe	54,0	52,2	37,5	23,4	31,3	56,4	40,8	21,4	55,1	52,4	30,1	20,7	46,4	29,5	8,7	45,8	14,9	41,5	4,9	37,0	54
Maniema	28,1	21,5	13,2	10,8	12,7	44,9	33,0	14,1	13,8	18,4	12,7	9,8	20,1	13,6	9,0	16,9	2,5	11,1	1,4	47,5	166
Mongala	33,1	23,8	10,8	5,9	20,9	42,4	30,5	12,7	27,7	21,8	8,7	5,7	23,4	12,7	8,8	15,3	2,3	13,3	2,3	50,2	81
Nord-Kivu	93,0	90,6	86,2	71,4	64,7	91,0	85,9	52,0	82,2	91,8	86,8	69,8	86,0	72,7	54,9	77,0	38,4	65,3	12,3	2,3	271
Nord Ubangi	64,9	60,3	52,0	38,8	53,6	55,8	45,8	33,9	58,8	56,1	49,6	34,0	53,9	47,8	35,5	50,6	24,3	40,4	18,7	30,7	56
Sankuru	30,1	36,0	29,3	25,6	23,7	53,1	46,1	32,9	34,2	33,9	29,0	25,0	36,3	33,0	25,5	42,1	17,1	24,4	7,8	43,5	63
Sud-Kivu	79,0	71,8	65,8	56,7	63,9	74,4	60,3	31,9	67,9	72,2	63,3	54,3	71,3	59,4	36,7	58,8	23,8	54,3	10,1	17,1	275
Sud Ubangi	40,7	39,5	32,6	23,6	31,2	43,6	34,0	21,3	33,4	39,9	31,6	22,9	38,0	27,6	21,1	31,1	11,3	23,9	2,2	50,8	120

À suivre…

Tableau 10—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTC-HepB-Hib 1	DTC-HepB-Hib 2	DTC-HepB-Hib 3	VPO[1] 0 (dose naissance)	VPO[1] 1	VPO[1] 2	VPO[1] 3	VPI	Vaccin contre le pneumocoque 1	Vaccin contre le pneumocoque 2	Vaccin contre le pneumocoque 3	Vaccin contre le rotavirus 1	Vaccin contre le rotavirus 2	Vaccin contre le rotavirus 3	Vaccin contre la rougeole 1re dose	Complètement vacciné (antigènes de base)[2]	Vaccin contre la fièvre jaune[3]	Complètement vacciné (conformément au calendrier national)[3,4]	Aucun vaccin	Effectif d'enfants
Tanganyika	55,2	48,4	37,6	21,8	32,0	50,1	36,6	16,0	40,8	45,1	36,2	26,6	44,2	30,1	19,1	40,1	12,4	36,1	0,4	41,0	109
Tshopo	54,9	43,9	27,0	11,5	41,4	67,4	51,2	22,9	35,9	42,6	25,6	11,2	40,5	25,8	12,5	39,3	6,4	34,0	4,9	27,9	71
Tshuapa	39,5	33,5	19,8	7,7	33,7	42,2	26,0	13,8	31,0	30,5	11,4	4,2	20,0	10,3	2,2	30,0	1,0	26,3	0,8	43,1	66
Niveau d'instruction																					
Aucun	54,7	49,8	40,8	28,7	36,2	54,1	41,5	21,8	41,4	47,5	39,8	27,3	46,7	37,3	23,9	40,3	10,9	31,5	3,9	37,1	727
Primaire	62,7	60,3	52,1	39,1	45,6	64,4	50,0	27,0	54,3	59,6	51,2	39,5	56,8	46,6	34,9	47,0	17,4	38,9	7,4	26,7	1 066
Secondaire	76,0	74,3	66,9	53,0	62,8	74,8	61,5	34,5	69,0	72,7	64,2	52,4	69,8	59,5	43,2	63,2	24,5	53,6	12,8	16,8	1 956
Supérieur	96,7	93,8	89,9	87,2	88,3	91,6	89,9	54,3	90,6	93,7	90,4	81,8	91,3	87,5	69,4	96,0	46,3	88,2	31,2	1,6	148
Quintiles de bien-être économique																					
Le plus bas	55,1	51,0	42,5	29,4	37,4	56,3	41,9	22,1	46,9	49,3	40,4	28,2	48,6	38,2	25,9	42,7	12,3	36,1	5,0	35,8	883
Second	57,8	53,9	45,1	31,4	41,2	61,7	45,5	26,2	47,5	52,0	43,3	30,5	49,2	40,1	27,7	43,7	15,4	34,9	5,6	31,5	861
Moyen	67,0	63,2	53,3	40,4	50,4	65,1	53,1	29,5	57,5	62,5	51,9	40,4	58,8	48,0	34,7	51,7	18,6	43,4	8,1	24,1	760
Quatrième	80,4	80,7	75,3	60,5	65,5	78,8	66,9	40,3	72,1	78,8	72,6	59,9	75,2	65,6	43,5	66,0	28,2	53,9	12,7	12,3	802
Le plus élevé	94,3	94,0	88,1	79,5	86,8	88,6	79,6	39,3	88,7	93,3	87,7	79,0	91,8	82,2	69,9	83,8	34,4	74,7	24,9	2,8	592
Ensemble	69,2	66,6	58,8	46,0	54,1	68,7	55,7	30,8	60,6	65,2	57,1	45,3	62,8	52,9	38,3	55,7	20,9	46,8	10,3	22,7	3 897

Note : On considère que les enfants sont vaccinés si l'information est inscrite sur le carnet de vaccination de l'enfant ou si c'est la mère qui le déclare. Pour les enfants dont l'information sur la vaccination est basée sur la déclaration de la mère, la date de la vaccination n'est pas collectée. On suppose que les proportions de vaccins effectués durant la première année sont les mêmes que pour les enfants pour lesquels on dispose d'un enregistrement écrit de la vaccination.
BCG = bacille Calmette-Guérin
DTC = diphthérie-tétanos-coqueluche
HepB = hépatite B
Hib = *haemophilus influenzae* type b
VPO = vaccin contre la polio oral
VPI = vaccin contre la polio inactivé
[1] OPV 0 est le vaccin de la polio donné à la naissance.
[2] BCG, trois doses de DTCoq+HepB+HIB, trois doses du vaccin contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et une dose du vaccin contre la rougeole
[3] A cause d'une erreur de saut dans le questionnaire, on a pas poser la question au mères de 628 enfants concernant la vaccination de la fièvre jaune.
[4] BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, quatre doses du vaccin oral contre la polio, une dose de VPI, trois doses du vaccin contre le pneumocoque, trois doses du vaccin contre le rotavirus, une dose de vaccin contre la fièvre jaune et une dose de vaccin contre la rougeole
[5] Carnet, carte de vaccination, livret ou autre enregistrement écrit

3.10 RECHERCHE DE SOINS ET TRAITEMENT DES MALADIES DES ENFANTS

Les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre, et la déshydratation consécutive à la diarrhée sont des causes importantes de morbidité et de mortalité parmi les enfants dans les pays en développement (OMS 2003). Une réaction médicale rapide dès que l'enfant présente les symptômes de ces maladies est donc cruciale pour éviter les décès. Le **Tableau 11** présente les informations sur la recherche de soins pour les enfants malades en RDC. Dans l'ensemble, 2 % des enfants de moins de 5 ans ont présenté des symptômes d'IRA, 20 % ont eu de la fièvre et 14 % ont eu de la diarrhée dans les deux semaines qui ont précédé l'interview.

Les résultats montrent que des conseils et ou un traitement sont plus fréquemment recherchés pour les symptômes d'IRA que pour les autres pathologies. En effet, on constate que :

- Des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 60 % des enfants ayant présenté des symptômes d'IRA dans les deux semaines qui ont précédé l'interview ;

- Cependant, des conseils ou un traitement n'ont été recherchés que pour 51 % des enfants ayant eu de la fièvre et 45% de ceux ayant fait la diarrhée dans les deux semaines qui ont précédé l'interview ; et

- Trente-neuf pourcents des enfants ayant eu de la diarrhée ont reçu des SRO, neuf pourcents ont reçu des suppléments de zinc, six pourcents ont reçu des SRO et des suppléments de zinc et quatre pourcents ont reçu des SRO, des suppléments de zinc et ont continué à s'alimenter.

Tableau 11 Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou des liquides SRO préconditionnés, pourcentage à qui on a donné du zinc, pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, et pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc, et qui ont continué à être alimenté, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA [1]		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée					
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO ou des liquides SRO préconditionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc et qui ont continué à être alimenté[3]	Effectif d'enfants
Âge en mois										
<6	54,5	41	46,3	386	34,7	32,2	6,6	3,4	2,0	249
6–11	67,5	57	49,0	582	45,2	40,5	12,2	7,6	5,2	557
12–23	63,0	94	52,4	982	45,3	39,0	7,9	6,2	4,1	948
24–35	52,8	48	49,2	905	45,6	38,7	9,9	5,8	4,5	549
36–47	69,6	53	53,8	750	48,5	42,4	8,1	4,3	3,7	345
48–59	45,1	45	51,0	545	44,2	38,1	7,3	5,3	3,6	218
Sexe										
Masculin	59,4	180	50,6	2 124	45,5	38,2	9,7	6,5	4,9	1 509
Féminin	60,4	159	50,9	2 026	43,9	39,9	8,2	5,1	3,3	1 358
Résidence										
Urbain	62,1	50	51,6	1 110	39,4	40,5	10,3	6,8	5,1	789
Rural	59,5	289	50,4	3 039	46,7	38,5	8,5	5,5	3,8	2 078
Province										
Bas-Uele	*	6	40,9	65	31,2	35,7	4,9	4,0	3,5	58
Equateur	*	16	54,9	127	63,2	59,8	16,8	13,2	11,3	71
Haut-Katanga	*	13	45,2	216	31,8	22,0	6,3	2,2	0,4	190
Haut Lomami	32,1	29	47,5	160	54,9	54,7	14,8	5,5	4,7	106
Haut Uele	*	11	69,2	91	36,3	31,2	3,1	2,5	0,9	87
Ituri	*	15	38,6	155	41,5	51,5	12,6	11,2	5,9	178
Kasaï	*	17	49,4	143	43,4	39,6	6,5	4,5	4,5	151
Kasaï Central	*	8	58,4	295	46,0	28,6	3,4	2,0	1,4	229
Kasaï Oriental	*	10	43,7	238	26,7	28,3	2,9	1,7	1,6	142
Kinshasa	*	3	43,5	289	32,0	36,6	11,2	5,5	5,5	226
Kongo Central	*	1	(50,2)	91	(33,4)	(30,5)	(1,2)	(1,2)	(1,2)	51
Kwango	*	1	47,1	116	37,2	38,3	9,7	9,7	5,1	82
Kwilu	*	4	44,4	196	36,6	39,5	12,5	9,2	8,4	129
Lomami	(73,3)	20	50,6	98	42,6	46,5	6,9	3,4	2,4	64
Lualaba	*	11	48,4	194	40,0	21,1	6,0	1,1	0,6	161
Mai-Ndombe	*	8	62,0	53	(48,5)	(35,4)	(17,6)	(3,9)	(0,8)	24
Maniema	(86,1)	15	56,2	309	53,7	52,4	2,4	1,9	0,9	122
Mongala	*	13	45,2	115	38,8	21,6	7,2	3,6	2,8	66
Nord-Kivu	*	15	66,4	351	83,5	43,9	18,3	10,3	5,9	181
Nord Ubangi	*	2	43,2	38	51,1	59,9	10,7	9,6	8,1	47
Sankuru	*	19	29,5	58	64,2	52,4	13,9	8,7	8,2	36
Sud-Kivu	(44,0)	51	57,5	351	54,8	51,1	17,9	14,5	9,5	209
Sud Ubangi	51,0	24	44,4	100	53,9	44,4	2,9	2,0	1,7	94
Tanganyika	*	4	51,2	84	34,5	60,4	8,6	8,6	8,1	31
Tshopo	*	1	47,6	88	33,6	18,9	1,7	0,7	0,0	52
Tshuapa	49,5	25	41,2	129	42,1	46,4	6,8	6,8	5,0	81
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	46,9	85	44,5	693	45,2	35,1	6,5	5,6	2,4	494
Primaire	62,7	103	49,6	1 278	44,7	36,5	8,2	5,2	4,1	948
Secondaire	62,0	138	52,6	2 036	44,3	41,4	9,9	5,9	4,3	1 367
Supérieur	*	13	64,9	143	(49,5)	(59,5)	(22,2)	(16,3)	(13,7)	58

À suivre…

Tableau 11—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA [1]		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée					
	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO ou des liquides SRO préconditionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc et qui ont continué à être alimenté[3]	Effectif d'enfants
Quintiles de bien-être économique										
Le plus bas	60,6	104	47,4	1 049	41,2	33,2	7,3	4,8	4,2	807
Second	59,9	97	47,5	945	43,4	40,2	7,8	5,7	3,5	598
Moyen	53,6	76	52,0	883	53,9	45,6	7,2	5,2	3,1	616
Quatrième	(52,4)	40	54,6	827	46,1	38,1	14,3	7,4	5,2	510
Le plus élevé	*	22	55,7	445	36,5	40,4	10,4	7,3	5,4	336
Ensemble	59,9	339	50,7	4 150	44,7	39,0	9,0	5,8	4,1	2 867

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.
[1] Les symptômes d'IRA incluent une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine.
[2] Y compris les conseils et traitements des sources suivantes : secteur public, secteur médical privé, secteur médical ONG, boutique, marché et vendeur itinérant de médicaments. Non compris les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel.
[3] Les enfants qui ont continué à être alimentés comprennent les enfants qui ont reçu plus d'aliments que d'habitude et ceux qui ont reçu les quantités habituelles ou un peu moins que d'habitude durant l'épisode diarrhéique.

3.11 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

L'anthropométrie est couramment utilisée pour mesurer l'état nutritionnel de l'enfant. Les mesures anthropométriques sont utilisées pour rendre compte des indicateurs de croissance de l'enfant. La distribution de la taille et du poids des enfants de moins de 5 ans est comparée à la population standard de référence de l'OMS (OMS 2006b). La distribution d'une population bien nourrie sera similaire à celle de la population de référence, alors que celle d'une population mal nourrie ne le sera pas. Les indices taille-pour-âge, poids-pour-taille, et poids-pour-âge peuvent être exprimés en unités d'écart type (*z* scores) à partir de la médiane de la population de référence. Les valeurs qui sont supérieures à deux écarts types en dessous de la médiane des normes de croissance OMS sont utilisées pour définir la malnutrition.

Retard de croissance (évalué au moyen de la taille-pour-âge)

La taille-pour-âge est une mesure du ralentissement de la croissance. Les enfants dont le *z* score pour la taille-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts type (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme trop petits par rapport à leur âge (retard de croissance) ou atteints de malnutrition chronique. Les enfants en dessous de moins trois écart type (-3ET) sont considérés comme atteints de retard de croissance sévère.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Émaciation (évalué au moyen du poids-pour-taille)

L'indice poids-pour-taille mesure la masse du corps en relation avec la taille ou longueur et décrit la sous-nutrition aiguë. Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins deux écarts-type (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme maigres (émaciés). Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins trois écarts type (-3ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme sévèrement émaciés.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Insuffisance pondérale (évalué au moyen du poids-pour-âge)

Le poids-pour-âge est un indice combiné de la taille-pour-âge et du poids-pour-taille qui traduit à la fois l'émaciation et le retard de croissance. Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts type (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale. Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins trois écarts type (-3ET) de la médiane sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale sévère.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Surpoids (évalué au moyen du poids-pour-taille)

Les enfants dont le *z* score pour le poids-pour-taille est supérieur à deux écarts type (+2ET) au-dessus de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant en surpoids.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

L'EDS-RDC 2023–24 a identifié un total de 12 591 enfants de moins de 5 ans éligibles pour les mesures du poids et de la taille ; les pourcentages avec des données valides pour la taille-pour-âge, le poids-pour-taille et le poids-pour-âge, sont respectivement de 95 %, 97 % et 97 %. Le **Tableau 12** présente l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.

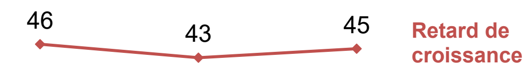
- Plus de quatre enfants de moins de 5 ans sur dix présentaient un retard de croissance (ils sont trop petits par rapport à leur âge) et plus d'un sur cinq avait un retard de croissance sévère.
- Neuf pour cent d'enfants moins de 5 ans étaient mal nourris (trop maigres par rapport à leur taille), 7 % sous la forme modérée et 2 % sont la forme sévère. D'autre part, 4 % des enfants de moins de cinq ans étaient en surpoids par rapport à leur taille.
- Un quart des enfants de moins de 5 ans présentaient insuffisance pondérale (ils étaient trop maigres et trop petits par rapport à leur âge) et moins d'un sur dix une insuffisance pondérale sévère.

Note : Les résultats suggèrent des problèmes qui peuvent être associés soit à la qualité des données, soit à la réalité du terrain. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

Tendances : Le **Graphique 7** présente les tendances de la malnutrition en RDC depuis 2007. Globalement, entre 2007 et 2023–24, on ne constate pas de changement très important de la situation nutritionnelle des enfants : en effet, la prévalence de la malnutrition aiguë a peu varié, de 46 % en 2007 à 43 % en 2013–14 et à 45 % en 2023–24. La prévalence de l'émaciation a légèrement diminué, passant de respectivement 10 % à 8 % et à 7 % ; de même, la prévalence de l'insuffisance pondérale a peu varié. Le pourcentage d'enfants en surpoids a légèrement diminué, passant de 6 % en 2007 à 4 % à l'enquête actuelle.

Graphique 7 **Indicateurs de mesure de la croissance de l'enfant : tendances**

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition



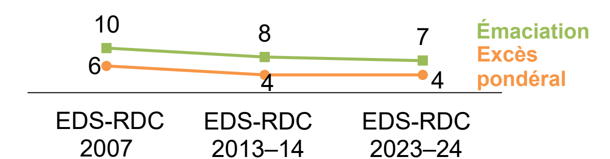


Tableau 12 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon trois indices anthropométriques de mesure de la croissance de l'enfant : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Taille-pour-Âge[1]				Poids-pour-Taille					Poids-pour-Âge			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[2]	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[2]	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[2]	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
Âge en mois													
<6	8,8	22,0	-0,8	1 273	1,8	6,5	9,5	-0,2	1 276	5,4	12,8	-0,5	1 281
6–11	12,0	27,7	-1,2	1 175	2,8	9,0	3,9	-0,3	1 191	5,8	20,4	-1,0	1 206
12–23	19,3	47,9	-1,7	2 118	2,5	9,4	2,6	-0,3	2 158	7,5	24,2	-1,1	2 168
24–35	29,7	52,1	-2,1	2 225	2,0	6,5	3,3	-0,1	2 261	9,8	28,7	-1,3	2 268
36–47	27,7	51,5	-2,0	2 279	1,7	6,2	3,6	-0,1	2 348	9,3	26,7	-1,3	2 324
48–59	26,5	49,3	-2,0	2 227	1,1	6,2	2,1	-0,2	2 288	10,5	29,9	-1,4	2 268
0–23	14,5	35,5	-1,3	4 566	2,4	8,5	4,8	-0,2	4 626	6,5	20,1	-0,9	4 655
24–59	28,0	51,0	-2,0	6 731	1,6	6,3	3,0	-0,1	6 897	9,9	28,4	-1,3	6 860
Sexe													
Masculin	24,0	47,2	-1,8	5 901	2,5	7,4	4,1	-0,1	6 040	9,3	27,0	-1,2	6 034
Féminin	21,0	42,0	-1,7	5 395	1,3	6,9	3,4	-0,1	5 483	7,6	22,9	-1,1	5 480
Interview de la mère													
Interviewée	22,0	44,1	-1,7	10 142	1,9	7,3	3,9	-0,1	10 306	8,1	24,6	-1,1	10 330
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	32,2	56,1	-2,1	250	4,6	7,1	2,7	-0,2	268	13,4	35,7	-1,4	267
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage[3]	25,7	48,2	-1,9	905	1,0	5,9	2,6	-0,1	949	11,3	26,9	-1,3	917
Résidence													
Urbain	11,8	28,9	-1,1	3 376	1,0	6,0	4,2	-0,0	3 394	4,4	14,4	-0,7	3 406
Rural	27,1	51,5	-2,0	7 920	2,3	7,7	3,6	-0,2	8 129	10,2	29,5	-1,3	8 108
Province													
Bas-Uele	26,2	47,2	-2,0	174	6,0	13,3	5,7	-0,3	176	15,4	36,3	-1,4	176
Equateur	17,9	34,8	-1,4	356	0,9	7,4	2,0	-0,3	358	7,7	22,3	-1,1	363
Haut-Katanga	20,4	44,1	-1,6	754	1,6	5,3	2,9	-0,0	761	6,1	18,6	-1,0	756
Haut Lomami	24,6	45,5	-1,7	354	3,4	8,4	3,8	-0,2	356	8,1	26,3	-1,2	362
Haut Uele	22,2	34,5	-1,3	197	0,4	5,0	2,0	-0,0	199	2,0	16,8	-0,8	203
Ituri	25,8	51,2	-2,1	552	1,6	3,8	4,2	0,2	579	4,9	20,2	-1,1	566
Kasaï	22,7	42,4	-1,7	504	4,9	14,5	2,0	-0,6	508	10,7	29,5	-1,5	511
Kasaï Central	27,9	52,5	-2,1	532	1,0	5,3	3,0	-0,0	543	10,7	29,6	-1,3	537
Kasaï Oriental	22,9	46,1	-1,8	376	0,8	8,5	2,0	-0,3	389	8,9	27,0	-1,3	378
Kinshasa	3,0	14,2	-0,6	971	0,5	5,1	3,8	-0,1	969	2,2	8,2	-0,4	977
Kongo Central	23,2	45,5	-1,9	612	2,9	8,8	2,6	-0,3	630	8,8	30,3	-1,3	630
Kwango	32,8	59,5	-2,2	392	2,6	14,7	2,2	-0,7	398	21,6	48,7	-1,9	399
Kwilu	17,7	46,2	-1,7	584	2,4	10,0	1,0	-0,6	597	9,6	29,8	-1,4	597
Lomami	21,8	40,0	-1,8	371	2,1	8,4	3,4	-0,3	373	10,2	25,1	-1,2	373
Lualaba	24,7	50,9	-1,8	560	2,5	6,5	3,5	-0,1	557	9,4	26,0	-1,2	562
Mai-Ndombe	18,3	38,7	-1,6	213	2,2	16,1	3,4	-0,4	217	10,1	27,6	-1,4	219
Maniema	29,3	56,7	-2,1	424	2,8	8,8	4,1	-0,2	435	10,5	31,6	-1,5	433
Mongala	15,5	43,1	-1,7	270	1,2	6,0	1,4	-0,3	273	7,9	21,7	-1,2	273
Nord-Kivu	33,9	55,9	-2,2	818	1,2	2,3	7,8	0,5	854	9,7	22,9	-1,0	845
Nord Ubangi	24,1	50,3	-1,9	180	1,6	4,8	8,3	0,2	184	6,8	20,1	-1,1	185
Sankuru	22,0	42,7	-1,7	232	1,7	6,3	1,4	-0,4	233	9,1	29,1	-1,3	235
Sud-Kivu	24,1	48,0	-1,8	803	1,3	6,7	7,3	0,2	857	6,8	24,0	-1,0	842
Sud Ubangi	28,4	53,6	-2,1	355	1,0	2,3	2,9	-0,0	359	10,4	29,0	-1,3	361
Tanganyika	24,7	45,9	-1,8	300	0,8	5,4	4,6	-0,1	299	7,1	24,5	-1,2	302
Tshopo	24,4	45,0	-1,7	180	3,2	9,0	4,8	-0,3	181	7,2	26,5	-1,3	188
Tshuapa	20,9	44,0	-1,7	235	3,4	8,1	3,4	-0,4	238	10,2	30,0	-1,3	242
Niveau d'instruction de la mère													
Aucun	29,2	54,6	-2,1	2 048	2,9	9,2	4,4	-0,3	2 124	11,0	32,0	-1,4	2 110
Primaire	27,0	50,6	-2,0	3 022	2,2	7,6	3,0	-0,2	3 054	10,2	28,8	-1,3	3 068
Secondaire	17,6	38,6	-1,5	4 932	1,6	6,5	3,9	-0,1	5 006	6,4	20,9	-1,0	5 024
Supérieur	8,1	16,5	-0,6	389	1,2	4,8	8,1	0,2	391	2,2	6,9	-0,2	396
Manquant	25,7	48,2	-1,9	905	1,0	5,9	2,6	-0,1	949	11,3	26,9	-1,3	917
Quintiles de bien-être économique													
Le plus bas	28,3	52,3	-2,0	2 596	3,2	9,6	3,5	-0,3	2 668	12,1	31,5	-1,4	2 668
Second	26,0	50,9	-2,0	2 435	2,2	7,9	3,2	-0,3	2 519	9,9	31,1	-1,4	2 496
Moyen	28,6	52,0	-2,0	2 525	1,7	7,5	3,8	-0,1	2 575	9,9	29,1	-1,3	2 581
Quatrième	17,2	39,3	-1,6	2 140	1,3	5,0	4,0	0,0	2 154	6,0	18,7	-0,9	2 152
Le plus élevé	5,4	18,6	-0,7	1 600	0,5	4,4	4,6	0,1	1 608	1,7	6,9	-0,4	1 617
Ensemble	22,5	44,7	-1,7	11 296	1,9	7,2	3,8	-0,1	11 523	8,5	25,0	-1,2	11 514

Note : Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.
[1] Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée ; tous les autres enfants sont mesurés en position debout.
[2] Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant
[3] Y compris les enfants dont la mère est décédée
[4] Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage.

3.12 ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (PANJE) sont essentielles pour la santé et la survie des jeunes enfants. Les pratiques PANJE recommandées comprennent l'initiation précoce de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance, l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et un régime alimentaire suffisamment varié (OMS et UNICEF 2021).

Initiation précoce à l'allaitement
Pourcentage d'enfants nés dans les 2 dernières années qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance
Échantillon : Enfants nés dans les 2 dernières années

Allaitement exclusif avant l'âge de 6 mois
Pourcentage d'enfants de 0–5 mois nourris exclusivement au lait maternel le jour précédent
Échantillon : Plus jeunes enfants de 0–5 mois vivant avec leur mère

Diversité alimentaire minimale à 6–23 mois
Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé le jour précédent des aliments appartenant à 5 groupes d'aliments sur les 8 retenus. Les 8 groupes d'aliments retenus sont les suivants : lait maternel ; céréales, racines et tubercules ; légumineuses et noix ; produits laitiers (lait, yaourt, fromage) ; produits carnés (viande, poisson, volaille et foie/abats) ; œufs ; fruits et légumes riches en vitamine A ; et autres fruits et légumes.
Échantillon : Plus jeunes enfants de 6–23 mois avec leur mère

- Un peu plus de la moitié des enfants de 0–23 mois a été mis au sein de manière précoce (dans l'heure qui a suivi la naissances) (**Tableau 13**) ;
- Moins de deux enfants de 6–23 mois sur dix ont reçu une alimentation diversifiée minimale, c'est-à-dire qu'ils ont reçu, le jour avant l'interview des aliments et des liquides provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments définis ; et
- Seulement 53 % des enfants de moins de 6 mois ont été exclusivement allaités avec le lait maternel.

Tableau 13 Indicateurs de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (Indicateurs ANJE)

Pourcentage d'enfants nourris selon les pratiques ANJE, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

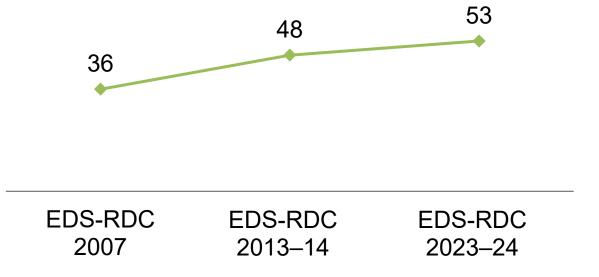
	Value
Numérateur et dénominateur de l'indicateur	
Pourcentage d'enfants nés au cours des 2 dernières années qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance	53,2
Effectif d'enfants nés au cours des 2 dernières années	8 942
Pourcentage d'enfants de 0–5 mois exclusivement nourris au lait maternel durant le jour précédent	52,5
Effectif des plus jeunes enfants de 0–5 mois vivant avec leur mère	2 262
Pourcentage d'enfants de 6–23 mois ayant reçu des aliments et des liquides d'au moins 5 des 8 groupes d'aliments définis le jour précédent	13,9
Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	5 749
Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont reçu des boissons sucrées le jour précédent	21,0
Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	5 749
Pourcentage d'enfants de 6–23 mois nourris avec des aliments malsains le jour précédent	14,7
Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	5 749

[1] Y compris les enfants nés au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, que les enfants soient en vie ou décédés au moment de l'enquête

Tendances : Depuis 2007, on constate une augmentation du pourcentage d'enfants de 0–5 mois exclusivement allaités, celui-ci étant passé de 36 % à 48 % en 2013–14 et à 53 % à l'enquête actuelle (**Graphique 8**).

Graphique 8 **Tendances de l'allaitement exclusif**

Pourcentage d'enfants de 0–5 mois



Les pratiques d'alimentation malsaines des nourrissons et des jeunes enfants doivent être évitées car elles peuvent remplacer les aliments nutritifs qui fournissent des nutriments importants aux enfants et favorisent une prise de poids malsaine. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, la consommation d'aliments et de boissons sucrés augmente le risque de caries dentaires et d'obésité pendant l'enfance. La définition de l'indicateur ci-dessous pour la consommation d'aliments malsains décrit les « aliments malsains sentinelles », qui sont des aliments riches en sucre, en sel et/ou en graisses malsaines qui sont couramment consommés par les nourrissons et les jeunes enfants (OMS et UNICEF 2021).

Consommation de boissons sucrées à 6–23 mois
Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé des boissons sucrées le jour précédent
Consommation d'aliments malsains à 6–23 mois
Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé des aliments malsains « sentinelles » le jour précédent
Échantillon : Plus jeunes enfants de 6–23 mois vivant avec leur mère

- Environ deux enfants de 6–23 mois sur dix ont consommé des boissons sucrées, et 15 % ont consommé des aliments malsains come des chips, des beignets, des biscuits.

3.13 PALUDISME

3.13.1 Possession et utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) repoussent et tuent les moustiques, fournissant ainsi une protection contre les piqûres de moustiques et réduisant la transmission des parasites du paludisme. Quand un niveau élevé de couverture en MII est atteint, cela permet de réduire le risque, non seulement au niveau individuel, mais aussi au niveau de la communauté en réduisant la population des vecteurs. La distribution des MII et leur utilisation est l'une des principales interventions en matière de prévention de l'infection du paludisme en RDC.

Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide
Ménages qui ont, au moins, une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Une MII est une moustiquaire imprégnée industriellement par le fabricant qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire.
Échantillon : Ménages

Couverture universelle en MII dans les ménages
Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII pour deux personnes.
Échantillon : Ménages (avec au moins une personne qui a passé la nuit avant l'enquête dans le ménage).

Les résultats montrent que près de sept ménages sur dix possèdent au moins une MII et seulement 37 % des ménages ont une moustiquaire pour deux personnes ayant passé la nuit dernière dans le ménage (**Tableau 14**).

Moins de la moitié des ménages dans la province du Sankuru possèdent au moins une MII ; dans le Kwango et le Kasaï Central, moins de deux ménages sur dix ont atteint la couverture universelle.

Tableau 14 Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages

Pourcentage de ménages qui possède au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ; nombre moyen de MII par ménage et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages avec au moins une MII[1]	Nombre moyen de MII[1] par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII[1] pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage[2]	Effectif de ménages avec, au moins, une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
Résidence					
Urbain	69,6	1,8	9 488	37,6	9 474
Rural	69,3	1,7	16 859	36,3	16 828
Province					
Bas-Uele	66,5	1,3	344	24,3	344
Equateur	83,7	2,1	939	48,0	937
Haut-Katanga	91,4	2,7	1 594	58,5	1 585
Haut Lomami	97,5	2,9	684	58,4	683
Haut Uele	93,2	2,6	618	67,2	618
Ituri	60,9	1,5	1 257	33,7	1 256
Kasaï	56,7	1,3	989	25,2	988
Kasaï Central	53,1	1,0	910	14,1	908
Kasaï Oriental	81,6	1,9	899	44,2	897
Kinshasa	48,5	1,0	3 473	20,9	3 472
Kongo Central	60,8	1,1	2 033	30,3	2 030
Kwango	47,9	0,8	813	14,7	811
Kwilu	86,1	2,1	1 612	46,5	1 608
Lomami	75,3	1,9	773	39,1	773
Lualaba	88,7	2,4	1 024	55,8	1 023
Mai-Ndombe	95,1	2,5	529	72,3	529
Maniema	64,9	1,3	777	24,1	773
Mongala	91,0	2,8	477	52,1	476
Nord-Kivu	50,2	1,2	1 906	21,6	1 906
Nord Ubangi	98,2	3,2	317	69,3	315
Sankuru	41,8	0,8	479	19,2	479
Sud-Kivu	63,4	1,5	1 640	23,0	1 640
Sud Ubangi	94,3	3,1	671	64,9	665
Tanganyika	69,0	1,7	697	37,3	697
Tshopo	93,8	3,2	421	69,3	421
Tshuapa	82,8	2,5	470	47,6	470
Quintiles de bien-être économique					
Le plus bas	61,6	1,3	5 759	31,4	5 748
Second	69,9	1,7	5 473	37,2	5 459
Moyen	77,0	1,9	5 018	40,0	5 015
Quatrième	74,5	2,0	5 019	42,4	5 013
Le plus élevé	65,3	1,7	5 077	33,6	5 067
Ensemble	69,4	1,7	26 347	36,8	26 302

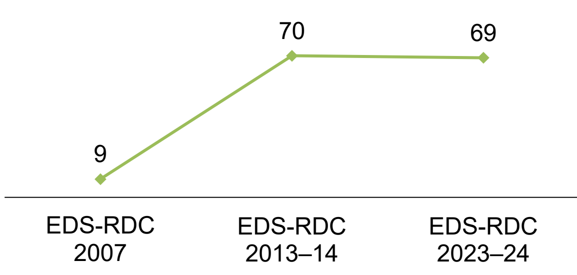
[1] Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDS 2013–14, ce type de moustiquaire correspond à la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA).
[2] Membres de fait des ménages

Tendances : Après avoir augmenté de manière importante entre 2007 et 2013–14, le pourcentage étant passé de 9 % à 70 %, la disponibilité des MII dans les ménages a peu varié depuis la dernière enquête puisqu'il s'établit à 69 % (**Graphique 9**).

Les MII agissent à la fois comme une barrière physique et chimique contre les moustiques. En réduisant la population de vecteurs, les MII peuvent aider à réduire le risque de paludisme au niveau de la communauté, ainsi que le risque pour les personnes qui les utilisent. Le **Tableau 15** présente les résultats de l'utilisation des MII par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Graphique 9 Tendances de la possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les ménages

Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)



Note : Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans les EDS précédentes, la MII correspond à la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA).

- Près de trois enfants de moins de cinq ans sur cinq ont dormi sous une MII la nuit précédant l'interview. Dans les ménages avec au moins une MII, le pourcentage d'enfants ayant utilisé une MII la nuit précédant l'interview est nettement plus élevé (78 %).

Parmi les femmes de 15–49 ans enceintes, 60 % avaient dormi sous une MII la nuit avant l'interview. Dans les ménages disposant d'au moins une MII, ce pourcentage atteint 83 %.

Tableau 15 Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ; et parmi les enfants de moins de 5 ans des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit avant l'interview ; parmi les femmes de 15–49 ans enceintes, pourcentage qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une MII, et parmi les femmes enceintes de 15–49 ans des ménages possédant, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Enfants de moins de 5 ans dans tous les ménages		Enfants de moins de 5 ans dans les ménages possédant au moins une MII[1]		Femmes enceintes de 15–49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15–49 ans dans les ménages possédant au moins une MII[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes
Résidence								
Urbain	59,3	6 808	77,4	5 213	61,1	812	80,1	619
Rural	56,0	15 986	77,8	11 521	60,1	1 830	84,8	1 296
Province								
Bas-Uele	51,2	334	75,5	227	79,7	34	89,9	30
Equateur	75,6	702	86,5	614	77,3	94	89,8	81
Haut-Katanga	82,8	1 485	87,1	1 413	75,8	169	85,2	150
Haut Lomami	84,9	759	86,8	742	88,1	102	90,7	99
Haut Uele	83,4	457	88,8	429	85,1	71	88,5	69
Ituri	35,6	1 052	59,3	630	33,9	122	56,5	73
Kasaï	40,0	936	69,6	537	55,1	117	80,0	80
Kasaï Central	35,9	1 035	65,3	570	30,0	119	60,5	59
Kasaï Oriental	62,4	707	71,1	620	69,2	103	85,3	84
Kinshasa	38,1	2 083	68,7	1 155	36,9	244	(63,9)	141
Kongo Central	56,9	1 104	89,6	701	54,7	118	(85,3)	76
Kwango	41,7	749	78,8	396	54,5	83	90,7	50
Kwilu	74,3	1 322	84,2	1 168	70,8	147	84,2	124
Lomami	56,8	735	72,3	578	61,3	82	81,2	62
Lualaba	71,6	1 049	78,2	960	68,4	132	85,8	105
Mai-Ndombe	88,4	370	92,0	356	90,4	46	93,4	45
Maniema	48,3	869	74,6	562	66,4	105	89,5	78
Mongala	80,0	536	88,5	484	78,9	67	93,1	57
Nord-Kivu	36,0	1 822	65,5	1 000	40,3	202	89,1	91
Nord Ubangi	85,7	343	86,9	339	89,5	37	91,1	37
Sankuru	33,1	430	76,1	187	28,2	48	(84,8)	16
Sud-Kivu	47,2	1 718	71,0	1 143	56,2	135	88,1	86
Sud Ubangi	75,5	705	79,9	666	80,2	92	86,1	86
Tanganyika	69,9	622	90,7	480	60,3	72	94,4	46
Tshopo	72,0	383	74,8	368	84,1	39	88,7	37
Tshuapa	55,7	485	66,0	409	67,9	60	76,2	54
Quintiles de bien-être économique								
Le plus bas	46,8	5 336	75,1	3 329	50,9	549	81,7	342
Second	58,9	4 967	79,5	3 681	62,6	643	84,1	479
Moyen	63,1	4 751	79,0	3 797	67,7	582	87,4	451
Quatrième	61,2	4 347	77,4	3 438	66,7	459	85,7	357
Le plus élevé	56,2	3 394	76,7	2 490	52,4	409	74,6	287
Ensemble	57,0	22 795	77,7	16 734	60,4	2 641	83,3	1 915

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés.

[1] Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDS 2013–14, ce type de moustiquaire correspond à la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MIILDA).

3.13.2 Paludisme pendant la grossesse

Traitement Préventif Intermittent (TPIg) pendant la grossesse (TPIg3+)

Pourcentage de femmes qui ont pris, au moins, trois doses de SP/Fansidar durant leur dernière grossesse.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête

L'infection palustre durant la grossesse est un problème majeur de santé publique en RDC, comportant des risques importants pour la mère, le fœtus et le nouveau-né. Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) est un protocole thérapeutique complet d'antipaludiques

administrés aux femmes enceintes au cours de visites prénatales de routine pour prévenir le paludisme. Le TPIg permet de prévenir les épisodes de paludisme chez la mère, l'anémie maternelle et fœtale, la parasitémie placentaire, le faible poids à la naissance et la mortalité néonatale.

Les résultats montrent que :

- Parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance et/ou un mort-né au cours des deux années précédant l'enquête, 43 % ont reçu au moins deux doses de SP/Fansidar et 22 % ont reçu un traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse, soit au moins trois doses de SP/Fansidar (**Tableau 16**).
- Dans les provinces, le pourcentage de femmes ayant reçu un TPI varie de 37 % à Kinshasa à 8 % dans la province du Tanganyika.

Tableau 16 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête qui ont reçu une dose ou plus de SP/Fansidar ; pourcentage qui ont reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar, et pourcentage en ayant reçu trois doses ou plus pendant la grossesse ayant abouti à la dernière naissance vivante ou mort-né, selon certaines caractéristiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu une dose ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête
NAISSANCES VIVANTES				
Résidence				
Urbain	76,2	53,3	28,9	2 601
Rural	58,7	39,0	18,7	5 885
Province				
Bas-Uele	51,3	35,0	16,5	118
Equateur	55,8	35,2	14,6	233
Haut-Katanga	54,2	24,0	13,1	576
Haut Lomami	65,0	49,4	24,2	314
Haut Uele	82,7	65,2	36,4	131
Ituri	74,5	56,7	34,0	359
Kasaï	39,3	30,1	17,1	337
Kasaï Central	63,3	46,3	15,7	404
Kasaï Oriental	51,2	35,1	16,3	285
Kinshasa	89,4	68,3	36,8	866
Kongo Central	67,8	52,0	24,5	389
Kwango	68,0	46,6	16,3	265
Kwilu	79,6	66,5	30,4	481
Lomami	52,5	38,1	19,0	291
Lualaba	51,6	27,0	16,7	441
Mai-Ndombe	71,7	56,0	31,3	124
Maniema	46,5	24,2	11,7	364
Mongala	38,3	20,7	11,2	184
Nord-Kivu	77,5	53,0	29,2	654
Nord Ubangi	70,5	58,9	33,8	131
Sankuru	35,8	25,3	12,2	146
Sud-Kivu	76,0	35,4	17,6	574
Sud Ubangi	58,8	39,6	18,6	260
Tanganyika	39,1	21,9	7,8	240
Tshopo	52,6	32,9	14,3	141
Tshuapa	57,1	34,3	20,9	179
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	47,2	31,2	13,9	1 972
Second	57,5	38,5	17,7	1 811
Moyen	69,3	47,0	22,5	1 715
Quatrième	73,1	50,7	28,5	1 693
Le plus élevé	80,2	54,6	30,3	1 295
Ensemble	64,1	43,4	21,9	8 486
MORT-NÉS				
Ensemble	51,7	37,6	17,2	150

À suivre…

Tableau 16—*Suite*				
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu une dose ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête
	NAISSANCES VIVANTES ET MORT-NÉS[1]			
Ensemble	64,0	43,4	21,8	8 580

Note : Les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 28 semaines ou plus. Quand la durée de la grossesse est déclarée en mois, les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 7 mois ou plus.
[1] Pour les femmes ayant eu une naissance vivante et un enfant mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête, les données sont calculées sur la naissance la plus récente seulement.

3.13.3 Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants

Recherche de soins pour les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un prestataire de santé, d'un établissement de santé ou d'une pharmacie.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines avant l'interview.

Diagnostic du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé. Il s'agit d'une mesure indirecte du test de diagnostic du paludisme.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview

Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) pour les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview qui ont pris une CTA.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview

Le **Tableau 17** présente les résultats concernant la recherche de soins, le diagnostic et le traitement des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview.

- Parmi les enfants de moins 5 ans, 20 % ont eu de la fièvre dans les 2 semaines ayant précédé l'enquête.
- Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour un peu plus de la moitié d'entre eux et environ un sur cinq a eu un prélèvement de sang pour être testé.
- Parmi les enfants ayant eu de la fièvre dans les 2 semaines avant l'interview et qui ont été traités avec un antipaludique, 39 % ont reçu une CTA.

Tableau 17 Enfants ayant eu de la fièvre, recherche de soins, diagnostic et traitement contre la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview ; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon ; et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique, pourcentage ayant pris une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA), selon certaines caractéristiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Parmi les enfants de moins de 5 ans		Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre			Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[1]	Pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants
Résidence							
Urbain	18,1	6 128	51.6	21,1	1 110	30,0	415
Rural	21,3	14 269	50.4	21,6	3 039	42,4	937
Province							
Bas-Uele	22,1	292	40,9	8,5	65	(13,7)	19
Equateur	20,5	618	54,9	15,9	127	20,4	58
Haut-Katanga	16,1	1 344	45,2	25,1	216	32,9	104
Haut Lomami	23,0	697	47,5	30,7	160	46,5	76
Haut Uele	23,0	396	69,2	33,5	91	(48,9)	42
Ituri	18,1	858	38,6	31,1	155	(66,6)	32
Kasaï	17,2	827	49,4	19,2	143	10,7	46
Kasaï Central	31,4	940	58,4	25,2	295	49,1	115
Kasaï Oriental	36,8	645	43,7	12,7	238	15,8	66
Kinshasa	15,0	1 918	43,5	19,4	289	(24,9)	117
Kongo Central	9,3	969	(50,2)	(28,6)	91	*	21
Kwango	17,1	680	47,1	23,9	116	(26,3)	32
Kwilu	16,2	1 211	44,4	22,4	196	(12,0)	75
Lomami	14,6	672	50,6	21,0	98	44,1	36
Lualaba	20,2	964	48,4	10,2	194	39,0	58
Mai-Ndombe	15,7	338	62,0	17,5	53	*	29
Maniema	39,3	785	56,2	18,3	309	52,6	127
Mongala	25,0	461	45,2	24,9	115	(48,7)	23
Nord-Kivu	20,5	1 716	66,4	21,2	351	(37,6)	69
Nord Ubangi	12,7	303	43,2	30,3	38	(75,4)	14
Sankuru	16,3	355	29,5	16,6	58	*	10
Sud-Kivu	24,2	1 448	57,5	20,2	351	(69,5)	54
Sud Ubangi	15,9	629	44,4	37,4	100	80,4	39
Tanganyika	15,4	542	51,2	22,5	84	(21,1)	28
Tshopo	25,2	351	47,6	22,0	88	38,8	30
Tshuapa	29,6	436	41,2	15,7	129	30,0	32
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	21,7	4 840	47,4	20,2	1 049	47,1	296
Second	21,8	4 328	47,5	21,3	945	40,7	297
Moyen	21,0	4 205	52,0	23,0	883	41,8	294
Quatrième	20,9	3 950	54,6	20,6	827	29,7	299
Le plus élevé	14,5	3 074	55,7	23,3	445	29,7	166
Ensemble	20,3	20 396	50,7	21,5	4 150	38,6	1 352

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

[1] Comprend les conseils ou traitements des sources suivantes : secteur public, secteur médical privé, ONG secteur médical privé, boutique, marché et marchand ambulant de médicaments. Non compris les conseils ou traitement d'un praticien traditionnel.

3.13.4 Prévalence du paludisme chez les enfants

Les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour le test du paludisme au moyen d'un test de détection rapide (TDR) ; de manière plus spécifique, SD Bioline P.f/Pan. Presque tous les enfants éligibles ont été testés (95 %).

- Les résultats montrent que la prévalence du paludisme chez les enfants de 6–59 mois est de 33 % (**Tableau 18**). Dans sept provinces de la RDC, pour plus de la moitié des enfants, le résultat au test rapide de diagnostic du paludisme s'est avéré positif.

Tableau 18 Prévalence du paludisme chez les enfants

Prévalence du paludisme chez les enfants de 6–59 mois selon les résultats du test TDR, en fonction de certaines caractéristiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

Caractéristique sociodémographique	Prévalence du paludisme selon le TDR	
	TDR positif	Effectif d'enfants
Résidence		
Urbain	17,1	2 909
Rural	39,2	7 104
Province		
Bas-Uele	61,0	157
Equateur	21,7	318
Haut-Katanga	20,5	663
Haut Lomami	44,2	309
Haut Uele	20,4	184
Ituri	33,7	504
Kasaï	37,5	453
Kasaï Central	58,3	459
Kasaï Oriental	43,1	336
Kinshasa	5,1	793
Kongo Central	50,8	543
Kwango	50,2	355
Kwilu	29,6	529
Lomami	52,1	299
Lualaba	50,2	494
Mai-Ndombe	15,4	190
Maniema	57,4	385
Mongala	11,9	246
Nord-Kivu	8,5	698
Nord Ubangi	23,7	160
Sankuru	41,9	209
Sud-Kivu	22,6	770
Sud Ubangi	26,1	309
Tanganyika	44,8	279
Tshopo	43,8	161
Tshuapa	42,0	211
Quintiles de bien-être économique		
Le plus bas	48,3	2 315
Second	39,5	2 207
Moyen	36,3	2 269
Quatrième	22,3	1 852
Le plus élevé	4,3	1 370
Ensemble	32,8	10 013

TDR : Test de Diagnostic Rapide **SD Bioline P.f/Pan**

3.14 VIH

3.14.1 Connaissance des moyens de prévention parmi les jeunes

Connaissance des moyens de prévention du VIH

Savoir que l'utilisation régulière de condoms pendant les rapports sexuels et n'avoir qu'un seul partenaire fidèle et non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH, savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH et rejeter les deux idées erronées les plus importantes sur la transmission du VIH : le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques et une personne peut être infectée en partageant le repas d'une personne ayant le VIH.

Échantillon : Femmes et hommes de 15–24 ans

La connaissance du mode de transmission du VIH est essentielle pour permettre aux gens d'éviter de contracter l'infection par le VIH, et cela est particulièrement vrai pour les jeunes gens, qui constituent une population plus à risques dans la mesure où, à ces âges, les relations peuvent être de courte durée, avec des partenaires sexuels multiples et des comportements à risques plus fréquents.

- Un peu plus de deux jeunes femmes sur dix et environ un quart des jeunes hommes de 15–24 ans connaissent les moyens de prévention du VIH (**Tableau 19**).
- Les pourcentages de jeunes qui connaissent les moyens de prévention sont plus faibles parmi ceux de 15–19 ans que parmi les plus âgés, cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes.
- Parmi les femmes ou les hommes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels, seulement 30 % connaissent un moyen de prévention du VIH.

Tableau 19 Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15–24 ans connaissant les moyens de prévention du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Femme de 15–24 ans		Homme de 15–24 ans	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15–19	17,4	6 646	22,2	3 020
15–17	14,4	4 071	18,1	1 830
18–19	22,1	2 576	28,6	1 190
20–24	27,0	5 563	31,1	1 986
20–22	27,2	3 052	30,5	1 174
23–24	26,8	2 511	31,9	812
État matrimonial				
Célibataire	22,9	7 838	25,8	4 409
A déjà eu des rapports sexuels	30,0	3 311	30,0	2 475
N'a jamais eu de rapports sexuels	17,7	4 527	20,5	1 934
À déjà été en union	19,8	4 371	25,2	597
Résidence				
Urbain	31,2	5 280	36,0	2 049
Rural	14,6	6 928	18,7	2 958
Province				
Bas-Uele	18,5	122	25,0	53
Equateur	22,1	385	24,9	206
Haut-Katanga	28,7	747	28,1	280
Haut Lomami	8,1	371	25,3	185
Haut Uele	39,3	287	49,5	108
Ituri	13,4	584	20,9	274
Kasaï	7,5	463	6,8	226
Kasaï Central	13,5	515	42,6	192
Kasaï Oriental	36,3	433	33,3	172
Kinshasa	35,6	1 895	41,6	722
Kongo Central	16,4	685	23,2	231
Kwango	11,7	297	14,3	113
Kwilu	8,6	677	10,6	324
Lomami	13,3	307	27,7	142
Lualaba	16,3	386	32,9	194
Mai-Ndombe	19,8	178	4,1	81
Maniema	14,0	333	17,8	147
Mongala	16,2	226	16,7	128
Nord-Kivu	29,4	1 066	39,4	364
Nord Ubangi	15,8	154	17,7	58
Sankuru	6,5	143	22,4	53
Sud-Kivu	27,0	891	10,8	295
Sud Ubangi	18,0	360	21,7	131
Tanganyika	10,9	287	26,4	121
Tshopo	18,6	197	11,9	108
Tshuapa	15,1	218	5,0	98
Niveau d'instruction				
Aucun	8,8	945	13,2	114
Primaire	13,7	2 310	14,1	755
Secondaire	23,5	8 340	26,5	3 854
Supérieur	49,7	614	51,4	282

À suivre…

Tableau 19—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Femme de 15–24 ans		Homme de 15–24 ans	
	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Effectif d'hommes
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	9,1	2 048	15,2	784
Second	13,2	2 189	19,7	945
Moyen	17,8	2 293	21,3	1 064
Quatrième	26,8	2 668	29,3	1 045
Le plus élevé	35,3	3 011	38,7	1 167
Ensemble 15–24	21,8	12 209	25,7	5 006

[1] Sont considérés comme connaissant les moyens de prévention du VIH, les enquêtés qui savent que l'utilisation systématique du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel fidèle et non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut, en fait, avoir le VIH et ceux qui rejettent les deux conceptions erronées les plus courantes sur la transmission ou la prévention du VIH : le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques et une personne peut devenir infectée en partageant les repas avec une personne qui a le VIH

3.14.2 Comportement sexuel

Les informations sur le comportement sexuel sont importantes pour mettre en œuvre et effectuer le suivi des programmes d'interventions pour contrôler la propagation du VIH. Parmi toutes les femmes de 15–49 ans, 4 % ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et 20 % ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni le partenaire avec qui elles vivaient, ni leur époux (**Tableau 20.1**) :

- Parmi les femmes ayant eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, moins de deux sur dix (14 %) ont utilisé des condoms au cours de leurs derniers rapports sexuels.
- Seulement 13 % des femmes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni le partenaire avec qui elles vivaient, ni leur époux ont utilisé des condoms au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne.
- En moyenne, les femmes de 15–49 ans sexuellement actives ont eu 2,8 partenaires sexuels durant leur vie.

Tableau 20.1 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme

Parmi toutes les femmes de 15–49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient ; parmi les femmes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, plus d'un partenaire sexuel, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels ; parmi les femmes de 15–49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne ; Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Parmi toutes les femmes			Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges									
15–24	4,5	26,2	12 209	16,7	550	13,6	3 200	2,4	7 663
15–19	4,4	24,6	6 646	16,0	294	13,1	1 638	2,2	2 800
20–24	4,6	28,1	5 563	17,6	257	14,2	1 563	2,5	4 863
25–29	4,3	20,3	4 116	17,5	175	17,9	835	2,9	3 979
30–39	3,5	13,5	6 994	7,9	245	10,7	942	3,0	6 920
40–49	2,8	9,3	4 264	7,1	118	6,9	397	2,9	4 215
État matrimonial									
Célibataire	5,8	40,0	9 418	20,2	543	15,3	3 765	2,9	4 677
Mariée/vivant ensemble	2,0	3,5	15 683	5,6	310	9,0	542	2,5	15 637
En rupture d'union	9,5	43,0	2 483	9,8	235	8,5	1 067	3,9	2 464
Résidence									
Urbain	3,9	25,5	11 406	25,2	444	18,0	2 907	2,8	8 826
Rural	4,0	15,3	16 177	6,0	644	7,8	2 467	2,7	13 951
Province									
Bas-Uele	5,3	22,2	309	13,0	16	9,3	69	4,5	276
Equateur	7,7	30,8	892	2,4	68	11,4	275	4,4	765
Haut-Katanga	6,9	20,9	1 635	23,2	113	15,6	341	2,1	1 370
Haut Lomami	5,9	21,6	796	7,6	47	6,0	172	2,5	694
Haut Uele	11,9	40,2	615	11,6	73	15,0	247	5,2	534
Ituri	5,1	22,5	1 291	11,5	66	12,3	290	3,7	1 120
Kasaï	1,4	10,0	1 002	*	14	0,9	100	1,4	810
Kasaï Central	2,6	9,7	1 039	(10,1)	27	19,5	101	1,6	821
Kasaï Oriental	1,4	4,3	871	*	12	(41,0)	38	1,2	622
Kinshasa	2,9	30,8	4 431	(27,8)	130	16,6	1 364	2,8	3 533
Kongo Central	1,3	22,0	1 719	*	22	15,1	378	3,0	1 474
Kwango	3,0	15,9	740	*	23	8,6	118	2,4	647
Kwilu	2,2	17,9	1 676	*	38	15,3	301	2,2	1 407
Lomami	0,8	5,5	715	*	6	25,0	39	1,5	570
Lualaba	5,5	15,2	1 001	0,1	55	3,9	152	3,2	867
Mai-Ndombe	3,5	19,1	441	(9,0)	15	16,3	84	2,6	409
Maniema	4,0	9,3	758	(0,0)	30	6,6	71	2,6	676
Mongala	6,2	17,9	496	(4,4)	31	8,9	89	3,6	444
Nord-Kivu	4,4	18,5	2 219	19,2	98	16,8	411	2,2	1 768
Nord Ubangi	1,7	14,1	339	*	6	8,8	48	2,3	298
Sankuru	4,0	11,3	381	(0,0)	15	8,3	43	2,1	347
Sud-Kivu	3,5	11,1	1 871	(25,0)	66	12,4	208	2,3	1 285
Sud Ubangi	2,7	17,1	769	(13,8)	20	4,2	131	3,2	677
Tanganyika	0,7	7,6	634	*	4	6,4	48	1,8	545
Tshopo	6,3	20,9	442	1,1	28	5,9	93	3,2	366
Tshuapa	13,0	32,6	502	6,6	65	3,3	164	7,7	454
Niveau d'instruction									
Aucun	3,0	11,3	4 067	3,2	121	6,1	462	2,7	3 807
Primaire	4,6	12,8	6 488	5,7	296	5,7	831	2,8	5 693
Secondaire	4,0	22,7	15 199	18,7	604	13,9	3 453	2,7	11 751
Supérieur	3,7	34,4	1 828	24,7	67	25,0	629	2,9	1 527

À suivre…

Tableau 20.1—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes: Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Parmi toutes les femmes: Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Parmi toutes les femmes: Effectif de femmes	Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois: Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois: Effectif de femmes	Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient: Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient: Effectif de femmes	Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]: Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]: Effectif de femmes
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	3,3	12,4	4 978	3,8	164	6,1	618	2,6	4 320
Second	4,2	16,3	5 057	5,8	212	7,8	827	2,8	4 411
Moyen	4,4	18,1	5 175	8,4	228	10,6	935	2,9	4 388
Quatrième	4,4	22,1	5 706	19,3	250	14,3	1 261	2,7	4 647
Le plus élevé	3,5	26,0	6 667	27,5	234	19,2	1 734	2,8	5 011
Ensemble	3,9	19,5	27 583	13,8	1 088	13,3	5 374	2,8	22 778

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.
[1] Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtées qui ont donné des réponses non numériques.

- Parmi tous les hommes de 15–59 ans, 23 % ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois et 38 % ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni la partenaire avec qui ils vivaient, ni leur épouse (**Tableau 20.2**).

- Bien que les hommes soient proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir eu des rapports sexuels avec au moins deux partenaires au cours des 12 derniers mois, le pourcentage d'utilisation du condom n'est guère plus élevé que parmi les femmes.

- Parmi les hommes de 15–59 ans ayant eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni la partenaire avec qui ils vivaient, ni leur épouse, environ un sur cinq ont utilisé des condoms au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne.

- Les hommes de 15–59 ans ayant déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels ont eu en moyenne 11,4 partenaires sexuelles sur la durée de vie.

Tableau 20.2 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme

Parmi tous les hommes de 15–49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient ; parmi ceux ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels ; parmi les hommes de 15–49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne ; parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Parmi tous les hommes			Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges									
15–24	17,9	47,4	5 006	19,5	894	20,9	2 373	6,6	2 972
15–19	12,1	37,2	3 020	21,2	366	19,7	1 123	4,6	1 310
20–24	26,6	62,9	1 986	18,3	528	21,9	1 250	8,2	1 661
25–29	30,9	51,2	1 525	12,6	472	23,2	780	11,0	1 407
30–39	28,5	32,9	2 717	7,1	773	23,8	894	12,5	2 521
40–49	23,3	25,1	2 091	8,6	488	26,9	526	15,2	1 931
État matrimonial									
Célibataire	18,0	54,2	5 349	23,6	965	22,3	2 899	6,4	3 236
Marié/vivant ensemble	27,0	24,7	5 625	5,3	1 520	23,7	1 392	13,1	5 258
En rupture d'union	39,0	77,3	365	15,9	142	19,2	282	18,5	336
Type d'union									
En union polygame	55,8	25,0	765	2,1	427	16,1	192	17,9	719
En union non polygame	22,5	24,7	4 860	6,6	1 092	24,9	1 200	12,4	4 539
Non actuellement en union	19,4	55,7	5 714	22,6	1 107	22,0	3 181	7,5	3 572
Résidence									
Urbain	19,6	43,9	4 398	23,2	862	33,0	1 933	9,8	3 275
Rural	25,4	38,0	6 941	7,4	1 765	14,8	2 640	11,5	5 556
Province									
Bas-Uele	51,1	54,4	139	5,1	71	7,6	76	18,4	117
Equateur	23,3	47,9	445	7,6	104	12,8	213	12,5	261
Haut-Katanga	13,4	31,9	658	23,2	88	20,4	210	9,2	504
Haut Lomami	22,1	34,9	345	14,7	76	19,7	121	9,5	271
Haut Uele	35,5	48,7	219	13,5	78	19,8	107	20,1	166
Ituri	21,6	45,8	578	20,9	125	26,1	264	11,5	437
Kasaï	15,4	31,8	481	1,5	74	10,5	153	6,4	308
Kasaï Central	22,5	29,7	405	13,1	91	29,3	120	8,9	297
Kasaï Oriental	17,8	20,1	322	18,8	57	70,6	65	5,4	186
Kinshasa	14,3	46,0	1 676	19,2	239	30,9	770	8,4	1 342
Kongo Central	25,7	42,3	614	2,5	158	13,2	259	9,1	546
Kwango	5,7	23,2	284	*	16	8,8	66	20,5	230
Kwilu	11,6	33,1	709	8,2	82	24,7	234	5,3	544
Lomami	15,4	17,2	310	15,4	48	24,2	53	6,4	236
Lualaba	32,7	39,8	484	14,5	159	25,1	193	10,3	419
Mai-Ndombe	33,4	57,4	235	16,0	78	20,1	135	12,2	219
Maniema	36,4	44,0	364	9,4	132	25,5	160	13,9	286
Mongala	46,7	63,6	240	2,7	112	6,3	153	17,0	203
Nord-Kivu	29,9	45,5	817	28,5	244	32,5	371	11,8	586
Nord Ubangi	37,4	47,6	156	14,1	58	18,7	74	20,2	137
Sankuru	26,5	23,3	155	0,0	41	5,0	36	7,1	136
Sud-Kivu	23,6	39,2	677	2,7	160	20,8	265	9,4	528
Sud Ubangi	44,7	53,0	302	9,7	135	21,0	160	23,9	267
Tanganyika	17,7	32,0	287	3,9	51	10,9	92	11,2	257
Tshopo	33,9	50,9	231	16,2	78	25,1	117	13,3	183
Tshuapa	33,9	50,4	207	0,0	70	3,3	105	13,4	166

À suivre…

Tableau 20.2—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes: Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Parmi tous les hommes: Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Parmi tous les hommes: Effectif d'hommes	Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois: Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois: Effectif d'hommes	Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient: Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne	Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient: Effectif d'hommes	Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]: Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]: Effectif d'hommes
Niveau d'instruction									
Aucun	20,2	29,7	451	6,1	91	13,5	134	11,2	382
Primaire	24,3	35,6	1 791	11,5	435	17,4	637	11,9	1 360
Secondaire	23,9	41,3	7 861	11,7	1 881	20,8	3 250	10,8	6 052
Supérieur	17,8	44,6	1 237	25,0	221	40,8	552	9,9	1 036
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	22,7	33,4	1 945	4,4	441	10,6	649	11,5	1 537
Second	26,4	41,2	2 207	6,7	583	14,9	909	11,4	1 819
Moyen	27,2	40,4	2 361	11,6	642	17,7	953	12,6	1 834
Quatrième	23,8	41,7	2 215	17,8	526	31,2	923	10,3	1 676
Le plus élevé	16,6	43,6	2 611	24,1	434	32,4	1 138	8,8	1 964
Total 15–49	23,2	40,3	11 339	12,6	2 627	22,5	4 573	10,9	8 830
50–59	18,6	16,0	1 342	4,6	250	16,8	214	15,4	1 192
Ensemble 15–59	22,7	37,8	12 681	11,9	2 877	22,3	4 787	11,4	10 022

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.
[1] Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtés qui ont donné des réponses non numériques.

3.14.3 Tests du VIH précédents

Les programmes de dépistage du VIH diagnostiquent les personnes vivant avec le VIH afin qu'elles puissent être orientées vers des soins et accéder à la thérapie antirétrovirale (TAR). La connaissance du statut sérologique aide les personnes séronégatives à réduire leurs risques et à rester négative.

- Parmi toutes les femmes de 15–49 ans, 26 % ont déjà fait un test de VIH, 25 % ont fait un test du VIH et ont reçu le résultat et seulement 1 % n'ont pas eu connaissance du résultat. En outre, 8 % ont fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ont reçu le résultat (**Tableau 21.1**). Ces femmes connaissent donc leur statut récent vis à vis du VIH.

- Un peu plus de six femmes sur dix parmi celles qui ont atteint le niveau supérieur ont déjà fait un test du VIH et ont reçu le résultat contre seulement 12 % de celles sans niveau d'instruction.

Tableau 21.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de femmes ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test						
Caractéristique sociodémographique	A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH[1]	Ensemble	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15–24	12,3	0,9	86,8	100,0	13,2	5,5	12 209
15–19	5,2	0,4	94,4	100,0	5,6	2,7	6 646
20–24	20,8	1,5	77,7	100,0	22,3	8,8	5 563
25–29	36,1	2,3	61,7	100,0	38,3	12,3	4 116
30–39	36,5	1,7	61,8	100,0	38,2	12,2	6 994
40–49	32,0	1,5	66,5	100,0	33,5	7,0	4 264
État matrimonial							
Célibataire	13,8	0,5	85,7	100,0	14,3	4,8	9 418
A déjà eu des rapports sexuels	23,7	1,0	75,3	100,0	24,7	7,4	4 705
N'a jamais eu de rapports sexuels	3,8	0,1	96,0	100,0	4,0	2,1	4 713
Mariée/vivant ensemble	30,4	1,9	67,7	100,0	32,3	10,5	15 683
En rupture d'union	33,6	1,5	64,9	100,0	35,1	9,6	2 483
Résidence							
Urbain	38,8	1,2	60,0	100,0	40,0	12,7	11 406
Rural	15,3	1,5	83,2	100,0	16,8	5,4	16 177
Province							
Bas-Uele	18,0	3,5	78,5	100,0	21,5	7,0	309
Equateur	18,0	1,7	80,2	100,0	19,8	6,0	892
Haut-Katanga	34,4	0,2	65,4	100,0	34,6	13,6	1 635
Haut Lomami	7,0	0,2	92,8	100,0	7,2	2,4	796
Haut Uele	40,6	4,0	55,4	100,0	44,6	15,3	615
Ituri	18,5	4,7	76,8	100,0	23,2	7,4	1 291
Kasaï	5,6	0,1	94,3	100,0	5,7	1,5	1 002
Kasaï Central	12,4	1,7	85,9	100,0	14,1	3,7	1 039
Kasaï Oriental	26,4	0,4	73,2	100,0	26,8	8,8	871
Kinshasa	47,4	1,3	51,3	100,0	48,7	12,8	4 431
Kongo Central	18,9	1,3	79,8	100,0	20,2	4,6	1 719
Kwango	9,3	0,8	89,9	100,0	10,1	3,3	740
Kwilu	15,5	0,2	84,3	100,0	15,7	6,0	1 676
Lomami	11,4	1,1	87,5	100,0	12,5	6,1	715
Lualaba	19,4	2,3	78,3	100,0	21,7	7,1	1 001
Mai-Ndombe	11,6	0,1	88,3	100,0	11,7	1,9	441
Maniema	11,7	0,9	87,4	100,0	12,6	5,3	758
Mongala	8,3	0,5	91,3	100,0	8,7	3,0	496
Nord-Kivu	40,9	2,7	56,4	100,0	43,6	16,3	2 219
Nord Ubangi	12,1	0,1	87,8	100,0	12,2	5,0	339
Sankuru	2,7	0,2	97,1	100,0	2,9	0,3	381
Sud-Kivu	39,8	1,6	58,6	100,0	41,4	15,1	1 871
Sud Ubangi	12,6	1,0	86,4	100,0	13,8	3,8	769
Tanganyika	4,1	0,9	95,0	100,0	5,0	1,9	634
Tshopo	25,1	1,7	73,2	100,0	26,8	7,5	442
Tshuapa	3,9	0,3	95,8	100,0	4,2	1,3	502
Niveau d'instruction							
Aucun	12,3	1,9	85,8	100,0	14,2	4,2	4 067
Primaire	17,2	1,4	81,4	100,0	18,6	5,9	6 488
Secondaire	27,4	1,2	71,4	100,0	28,6	8,9	15 199
Supérieur	61,6	1,6	36,8	100,0	63,2	22,7	1 828
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	7,0	1,1	91,9	100,0	8,1	2,6	4 978
Second	11,5	1,2	87,3	100,0	12,7	3,6	5 057
Moyen	19,2	2,0	78,8	100,0	21,2	7,3	5 175
Quatrième	34,2	1,9	63,9	100,0	36,1	12,4	5 706
Le plus élevé	45,4	0,9	53,7	100,0	46,3	13,9	6 667
Ensemble	25,0	1,4	73,6	100,0	26,4	8,4	27 583

[1] Y compris les enquêtées qui n'ont pas entendu parler du VIH ou qui ont refusé de répondre aux questions sur le test

- Parmi tous les hommes de 15–59 ans, 23 % ont déjà fait un test du VIH, 22 % ont fait un test du VIH et ont reçu le résultat et seulement moins d'un pour cent n'ont pas eu connaissance du résultat. En outre, 8 % 'ont fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ont reçu le résultat (**Tableau 21.2**) et connaissent donc leur statut récent vis à vis du VIH.

- Près de quatre hommes sur dix ayant le niveau supérieur ont déjà fait un test du VIH et ont reçu le résultat contre seulement 7 % parmi ceux sans niveau d'instruction.

Tableau 21.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme

Répartition (en %) des hommes de 15–49 ans selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage d'hommes de 15–49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage d'hommes ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo (RDC), 2023–24

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test: A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH[1]	Ensemble	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif d'hommes
Groupe d'âges							
15–24	7,4	0,3	92,4	100,0	7,6	4,1	5 006
15–19	3,5	0,1	96,4	100,0	3,6	2,4	3 020
20–24	13,3	0,4	86,3	100,0	13,7	6,6	1 986
25–29	23,1	0,2	76,7	100,0	23,3	8,6	1 525
30–39	32,9	1,6	65,5	100,0	34,5	12,2	2 717
40–49	34,5	1,2	64,3	100,0	35,7	8,5	2 091
État matrimonial							
Célibataire	11,2	0,5	88,3	100,0	11,7	4,8	5 349
A déjà eu des rapports sexuels	15,6	0,6	83,7	100,0	16,3	6,3	3 357
N'a jamais eu de rapports sexuels	3,8	0,2	96,0	100,0	4,0	2,3	1 992
Marié/vivant ensemble	28,9	1,0	70,0	100,0	30,0	9,8	5 625
En rupture d'union	29,6	0,2	70,3	100,0	29,7	9,7	365
Résidence							
Urbain	31,1	1,2	67,6	100,0	32,4	10,8	4 398
Rural	13,9	0,4	85,7	100,0	14,3	5,3	6 941
Province							
Bas-Uele	27,7	0,0	72,3	100,0	27,7	18,2	139
Equateur	9,5	0,8	89,7	100,0	10,3	3,6	445
Haut-Katanga	26,5	0,5	72,9	100,0	27,1	11,0	658
Haut Lomami	14,6	1,7	83,7	100,0	16,3	4,6	345
Haut Uele	25,9	0,1	74,0	100,0	26,0	5,5	219
Ituri	22,4	0,0	77,6	100,0	22,4	6,7	578
Kasaï	7,8	0,0	92,2	100,0	7,8	3,1	481
Kasaï Central	9,5	0,2	90,3	100,0	9,7	1,9	405
Kasaï Oriental	28,0	0,0	72,0	100,0	28,0	8,8	322
Kinshasa	35,9	1,3	62,8	100,0	37,2	11,5	1 676
Kongo Central	17,6	0,7	81,7	100,0	18,3	2,7	614
Kwango	5,3	0,8	93,9	100,0	6,1	1,6	284
Kwilu	16,3	0,1	83,6	100,0	16,4	5,1	709
Lomami	17,3	0,7	82,0	100,0	18,0	5,3	310
Lualaba	21,1	0,9	78,0	100,0	22,0	8,8	484
Mai-Ndombe	12,6	0,0	87,4	100,0	12,6	3,4	235
Maniema	17,3	0,0	82,7	100,0	17,3	10,2	364
Mongala	6,6	1,1	92,3	100,0	7,7	1,1	240
Nord-Kivu	21,1	0,8	78,1	100,0	21,9	5,0	817
Nord Ubangi	9,2	1,6	89,2	100,0	10,8	1,3	156
Sankuru	9,6	0,5	89,9	100,0	10,1	1,3	155
Sud-Kivu	35,5	2,5	62,1	100,0	37,9	22,8	677
Sud Ubangi	12,4	0,7	86,9	100,0	13,1	4,3	302
Tanganyika	12,1	0,2	87,7	100,0	12,3	4,9	287
Tshopo	22,3	0,7	77,0	100,0	23,0	12,2	231
Tshuapa	3,8	0,0	96,2	100,0	3,8	0,4	207
Niveau d'instruction							
Aucun	11,6	0,4	87,9	100,0	12,1	4,8	451
Primaire	11,4	0,4	88,2	100,0	11,8	3,8	1 791
Secondaire	18,1	0,6	81,3	100,0	18,7	6,8	7 861
Supérieur	53,0	2,4	44,6	100,0	55,4	17,7	1 237

À suivre…

Tableau 21.2—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test						
	A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH[1]	Ensemble	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif d'hommes
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	6,9	0,4	92,6	100,0	7,4	2,6	1 945
Second	12,4	0,3	87,3	100,0	12,7	5,0	2 207
Moyen	16,6	0,4	83,1	100,0	16,9	7,0	2 361
Quatrième	25,7	0,9	73,4	100,0	26,6	8,6	2 215
Le plus élevé	37,0	1,6	61,4	100,0	38,6	12,5	2 611
Total 15–49	20,6	0,7	78,7	100,0	21,3	7,4	11 339
50–59	30,9	1,6	67,5	100,0	32,5	7,7	1 342
Ensemble 15–59	21,7	0,8	77,5	100,0	22,5	7,5	12 681

[1] Y compris les enquêtés qui n'ont pas entendu parler du VIH ou qui ont refusé de répondre aux questions sur le VIH

3.15 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'EDS RDC 2023–24 a offert aux personnes enquêtées la possibilité de faire mesurer leur tension artérielle dans le cadre de l'enquête. Veuillez consulter le chapitre 1 de ce rapport pour une description des méthodes utilisées pour mesurer la tension artérielle.

Hypertension

Les personnes enquêtées ont été classées comme souffrant d'hypertension s'ils avaient une tension artérielle systolique de 140 mm Hg ou plus ou une pression artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus au moment de l'enquête ou s'ils prenaient des médicaments antihypertenseurs pour contrôler leur tension artérielle. L'hypertension artérielle était classée de grade 1, 2 ou 3, selon les seuils recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS 1999).

Niveau de la pression artérielle	Systolique (mm Hg)		Diastolique (mm Hg)
Optimal	<120	ET	<80
Normal	120–129	OU	80–84
Normal élevé	130–139	OU	85–89
Niveau de l'hypertension			
Grade 1, Légèrement élevé	140–159	OU	90–99
Grade 2, Modérément élevé	160–179	OU	100–109
Grade 3, Très élevé	180+	OU	110+

Remarque : Les personnes dont la tension artérielle se classait dans deux catégories différentes en fonction de leurs niveaux systolique et diastolique moyens ont été classés selon la catégorie de tension artérielle la plus élevée dans laquelle ils se situaient selon l'une ou l'autre des deux mesures.

Échantillon : Femmes âgés de 15 à 49 ans et hommes âgés de 15 à 59 ans

Parmi les personnes testées, 9 % des femmes de 15–49 ans, 14 % des hommes de 15–49 ans et 29 % des hommes de 50–59 ans ont été classés comme ayant de l'hypertension au cours de l'EDS 2023–24 (**Tableau 22**).

- Globalement, la prévalence de l'hypertension artérielle est plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes.

- La prévalence de l'hypertension artérielle est plus élevée chez les femmes du milieu urbain, les femmes ayant le niveau d'instruction supérieur et parmi celles dont le ménage est classé dans le quintile de bien-être économique le plus élevé.

- Chez les hommes de 15–49 ans, la prévalence de l'hypertension est plus élevée chez les hommes sans instruction et ceux avec un niveau d'instruction supérieur.

- Les résultats par province montrent une prévalence plus élevée que la moyenne nationale dans le Haut Uele pour les femmes et dans le Sankuru pour les hommes.

- Parmi les femmes n'ayant pas reçu de diagnostic d'hypertension par un prestataire de santé,7 % ont une tension artérielle trop élevée.

Tableau 22 Prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes et les hommes

Parmi les femmes et les hommes de 15–49 ans, prévalence de l'hypertension, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, RDC, EDS 2023–24

	Femme		Homme	
Caractéristique sociodémographique	Prévalence de l'hypertension[1]	Effectif de femmes	Prévalence de l'hypertension[1]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15–19	3,4	3 256	4,9	2 889
20–24	5,0	2 815	9,3	1 906
25–29	8,2	2 019	14,4	1 434
30–34	9,8	1 780	16,5	1 205
35–39	13,4	1 757	20,9	1 407
40–44	19,4	1 198	21,6	1 158
45–49	21,3	1 006	30,3	855
A déjà reçu un diagnostic d'hypertension artérielle par un prestataire de santé				
Oui	31,8	1 266	37,9	503
Non	6,9	12 564	12,9	10 350
Résidence				
Urbain	11,5	5 635	15,2	4 121
Rural	7,7	8 195	13,3	6 733
Province				
Bas-Uele	9,2	154	12,4	136
Equateur	8,3	458	11,0	440
Haut-Katanga	9,3	891	14,5	652
Haut Lomami	7,2	412	12,2	340
Haut Uele	16,2	235	9,5	219
Ituri	11,0	694	15,8	570
Kasaï	4,6	547	14,4	472
Kasaï Central	5,6	534	6,4	403
Kasaï Oriental	7,9	462	9,7	321
Kinshasa	10,7	2 024	12,9	1 553
Kongo Central	11,4	907	21,7	604
Kwango	7,0	376	18,5	280
Kwilu	7,0	766	9,8	640
Lomami	5,8	375	16,6	305
Lualaba	13,5	532	12,6	481
Mai-Ndombe	13,5	247	22,6	231
Maniema	4,2	392	8,8	356
Mongala	10,2	247	8,5	238
Nord-Kivu	8,9	1 140	19,0	708
Nord Ubangi	13,5	188	18,0	150
Sankuru	5,1	131	25,8	101
Sud-Kivu	6,5	942	13,8	644
Sud Ubangi	15,2	389	21,7	296
Tanganyika	10,4	333	14,6	286
Tshopo	12,2	228	13,5	222
Tshuapa	7,9	227	7,1	205
Niveau d'instruction				
Aucun	9,9	2 201	20,7	428
Primaire	9,8	3 169	13,8	1 730
Secondaire	8,5	7 631	12,9	7 541
Supérieur	11,9	829	19,5	1 153

À suivre…

Tableau 22—*Suite*				
	Femme		Homme	
Caractéristique sociodémographique	Prévalence de l'hypertension[1]	Effectif de femmes	Prévalence de l'hypertension[1]	Effectif d'hommes
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	7,1	2 474	13,3	1 897
Second	7,9	2 500	12,6	2 131
Moyen	8,4	2 693	14,1	2 290
Quatrième	9,3	2 905	15,1	2 080
Le plus élevé	12,4	3 259	14,9	2 456
Total 15–49	9,2	13 830	14,1	10 853
50–59	na	na	29,1	1 275
Ensemble 15–59	na	na	15,6	12 128

na = non applicable
[1] Une personne est classée comme souffrant d'hypertension si, au moment de l'enquête, elle avait un niveau moyen de TAS de 140 mm Hg ou plus, ou un niveau moyen de TAD de 90 mm Hg ou plus, or prenait actuellement des hypertenseurs. Le terme hypertension tel qu'il est utilisé dans ce tableau ne peut pas être considéré comme un diagnostic clinique de la maladie ; il doit plutôt être interprété comme une description statistique de la population interviewée au moment de l'enquête.

3.16 DIABÈTE SUCRÉ

Comme pour la tension artérielle, L'EDS RDC 2023–24 a offert aux personnes enquêtées la possibilité de faire tester leur niveau d'hémoglobine glyquée dans le cadre de l'enquête. Le chapitre 1 de ce rapport présente une description des méthodes utilisées pour le test de l'hémoglobine glyquée. Le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) est le reflet le plus simple du taux moyen de glycémie. Exprimée en pourcentage, l'hémoglobine glyquée est fonction de l'équilibre glycémique des deux à trois mois précédents.

Diabète
Les personnes enquêtées ont été classées comme souffrant de diabète si elles avaient un niveau d'hémoglobine glyquée supérieur ou égal à 6,5 %.
Échantillon : Femmes âgés de 15–49 ans et hommes âgés de 15–59 ans

En RDC, 4 % des femmes âgées de 15–49 ans et des hommes de 15–49 ans ainsi que 10 % des hommes de 50–59 ans ont été classés comme étant diabétiques au cours de l'EDS 2023–24 (**Tableau 23**).

- Comme pour l'hypertension artérielle, la prévalence du diabète est plus élevée chez les femmes du milieu urbain, celles dont le ménage est classé dans le quintile de bien-être économique le plus élevé et elle a tendance à augmenter progressivement avec le niveau d'instruction.
- Chez les hommes de 15–49 ans, la prévalence du diabète est, comme chez les femmes, plus élevée en milieu urbain, parmi les hommes sans instruction, parmi ceux avec un niveau d'instruction supérieur, ainsi que parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile de bien-être économique le plus élevé.
- Les femmes et les hommes de Kinshasa se distinguent par des prévalences du diabète les plus élevées.
- Parmi les femmes et les hommes n'ayant pas reçu de diagnostic de diabète par un prestataire de santé, respectivement 4 % et 3 % souffrent de cette maladie.

Tableau 23 Prévalence du diabète sucré chez les femmes et les hommes

Parmi les femmes et les hommes de 15–49 ans, prévalence du diabète sucré, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, RDC, EDS 2023–24

	Femme		Homme	
Caractéristique sociodémographique	Prévalence du diabète (HbA1c ≥ 6.5%)[1]	Effectif de femmes	Prévalence du diabète (HbA1c ≥ 6.5%)[1]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15–19	3,2	3 126	2,8	1 084
20–24	2,8	2 761	2,6	1 843
25–29	4,1	1 992	1,9	1 411
30–34	3,3	1 739	4,0	1 163
35–39	5,7	1 712	4,7	1 367
40–44	5,7	1 166	4,4	1 115
45–49	4,5	991	5,7	813
A déjà reçu un diagnostic de diabète par un prestataire de santé				
Oui	17,3	175	20,6	80
Non	3,7	13 311	3,4	8 716
Résidence				
Urbain	6,3	5 450	5,4	3 246
Rural	2,3	8 037	2,5	5 550
Province				
Bas-Uele	4,9	151	5,2	119
Equateur	1,9	458	2,5	375
Haut-Katanga	4,6	885	4,8	544
Haut Lomami	2,5	399	1,8	266
Haut Uele	3,5	234	3,6	159
Ituri	2,4	689	1,9	467
Kasaï	3,6	521	2,9	365
Kasaï Central	1,3	522	1,8	310
Kasaï Oriental	1,4	453	1,4	246
Kinshasa	9,5	1 907	7,0	1 269
Kongo Central	2,3	876	4,9	481
Kwango	0,5	379	1,6	235
Kwilu	2,4	811	4,4	521
Lomami	0,5	375	1,3	248
Lualaba	2,4	532	1,8	395
Mai-Ndombe	3,9	247	1,3	204
Maniema	1,1	383	2,7	290
Mongala	5,6	244	2,9	192
Nord-Kivu	3,6	1 041	4,8	563
Nord Ubangi	2,5	184	0,9	130
Sankuru	3,9	205	1,2	92
Sud-Kivu	6,6	881	3,3	484
Sud Ubangi	1,7	388	2,8	269
Tanganyika	1,7	311	1,7	235
Tshopo	2,6	217	2,8	187
Tshuapa	4,5	195	2,8	151
Niveau d'instruction				
Aucun	2,1	2 184	3,7	400
Primaire	2,6	3 110	1,8	1 352
Secondaire	4,6	7 419	3,5	5 956
Supérieur	6,8	774	6,1	1 089
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	2,3	2 445	1,6	1 582
Second	2,1	2 481	2,8	1 779
Moyen	2,0	2 616	2,4	1 820
Quatrième	3,4	2 836	3,5	1 683
Le plus élevé	8,5	3 107	6,9	1 932
Total 15–49	3,9	13 486	3,5	8 797
50–59	na	na	10,3	1 225
Ensemble 15–59	na	na	4,4	10 021

na = non applicable
[1] Une personne est classée comme souffrant diabète sucré si, au moment de l'enquête, son niveau d'hémoglobine glyquée était supérieur ou égal à 6,5 %.

RÉFÉRENCES

Bradley, S.E.K., T.N. Croft, J.D. Fishel, and C.F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25.* Calverton, Maryland, USA : ICF International.

Chaparro C. M., an Suchdev P. S. 2019. Anemia Epidemiology, Pathophysiology, and Etiology in Low- and Middle-income Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1450(1) :15–31. doi : 10.1111/nyas.14092.

Haider, B. A., I. Olofin, M. Wang, D. Spiegelman, M. Ezzati, and W. W. Fawzi. 2013. "Anaemia, Prenatal Iron Use, and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes : Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ* 346 : f3443. https ://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794316.

Van Lerberghe, W., and V. De Brouwere. 2001. "Of Blind Alleys and Things That Have Worked : History's Lessons on Reducing Maternal Mortality." In : De Brouwere, V., and W. Van Lerberghe, eds, *Safe Motherhood Strategies : A Recent Review of the Evidence.* Antwerp : ITG Press, 7–33.

World Health Organization (WHO). 2003. *World Health Report 2003*. Geneva : WHO.

World Health Organization (WHO). 2006a. *Standards for Maternal and Neonatal Care.* Geneva : WHO.

World Health Organization (WHO). 2006b. *Child Growth Standards*. Geneva, Switzerland : WHO. https ://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf.

World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices : Definitions and Measurement Methods*. Geneva : World Health Organization. https ://www.who.int/publications/i/item/9789240018389.